Rok XLV. Kraków 18 Sierpnia 1906. Nr 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z pracowni bakteryologicznej przy oddziale dra Krajewskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

O stosunkach ilościowych w aglutynacyi gruźliczej.

Podali

Dr Leon Karwacki i stud. med. Witold Benni.

Doświadczenia Eisenberga i Volka były pierwszą próbą zastosowania do zjawisk aglutynacyjnych ścisłych metod ilościowych. Doświadczenia te dały obfity plon w postaci wyświetlenia stosunków ilościowych, zachodzących pomiędzy składnikami aglutynacyjnymi, oraz rzuciły pewne światło na budowę aglutynin i aglutynogenów, wykrywając w nich obecność dwóch grup, różnych pod względem czynnościowym. Pracę tę wraz z wynikami poszukiwań ilościowych nad hemolizą i łączeniem się toksyn z antytoksynami wyzyskali następni badacze dla wytłómaczenia istoty tych zjawisk, w szczególności dla teoryi katalitycznej.

Ponieważ zakres tych badań obejmuje, — jak dotąd, — aglutyniny durowe, choleryczne i czerwonkowe, uważaliśmy za pożyteczne zbadać w tym względzie i zachowanie się aglutynin gruźliczych. Do doświadczeń używaliśmy szczepu gruźliczego Hawthornea, przysłanego nam uprzejmie przez właściciela. Dla wzmocnienia wrażliwości aglutynacyjnej szczep ten blizko przez rok był hodowany na ziemniaku. Szczepem tym zasiewaliśmy skośny agar glicerynowy w dużych probówkach. Powierzchnia agaru wynosiła około 40 cm. kw. Po 10 dniach spłukiwaliśmy hodowlę 100 cm. sz. rozczynu Kocha (0,85% soli kuchennej i 0,5% karbolu). Otrzymywaliśmy dość równomierną zawiesinę laseczników — „zawiesina normalna“.

W pierwszym rzędzie zwróciliśmy się do badania istniejących surowic przeciwgruźliczych, mianowicie surowicy Maragliano i surowicy Parke Davis. Surowicy aglutynowały „normalną zawiesinę“ w rozcieńczeniu 1:50. Oczywiście, taka siła aglutynacyjna dla naszych badań nie posiadała żadnej wartości. Większe stopnie siły aglutynacyjnej spotykaliśmy w pewnych surowicach prawidłowych, jak cielęca i końska, oraz w płynach zapalnych pochodzenia gruźliczego, uzyskanych z chorych.

Zwróciliśmy się przeto do uodporniania zwierząt normalną zawiesiną prątków Hawthornea. Trzem królikom wagi od 2 do 3 kilogramów wstrzykiwaliśmy zawiesinę pod skórę, poczynając od $^1/_2$ cm. sz. do 3 cm. Waga zwierząt służyła nam za wskazówkę, kiedy można wstrzykiwanie powtórzyć. Po pierwszych wstrzykiwaniach waga zwykle spadała. Powrót wagi do poziomu prawidłowego i stałe utrzymywanie się jej na tym poziomie lub przyrost rozstrzygały o ponownem wstrzyknięciu. Odstępy pomiędzy wstrzykiwaniami wynosiły od 10 do 15 dni. Po paru wstrzyknięciach zwierzęta przestawały oddziaływać na ponowną zwiększoną dawkę. Mniej więcej po 2 miesiącach miano surowicy, równe na początku zeru, dochodziło do 1000—1500 jednostek aglutynacyjnych. Większego wzrostu aglutynin uzyskać nie mogliśmy, pomimo powtarzania wstrzykiwań, a nawet wstrzykiwania szczepionki wprost do żył. Surowica dwóch królików, z których wzięliśmy krew w 2 i 4 tygodnie po ostatniem wstrzyknięciu posiadała takie miano. U trzeciego królika, zabitego w 2 miesiące po ostatniem wstrzyknięciu, miano surowicy spadło na 600 jednostek.

Nazwę „jednostka aglutynacyjna“ w naszych doświadczeniach należy pojmować w następujący sposób: jeżeli kres aglutynowania surowicy otrzymuje się przy rozcieńczeniu 1:1000, to, według naszego mianownictwa, surowica ta zawiera 1000 jednostek. Aglutynacyę badaliśmy wyłącznie makroskopowo, łącząc surowicę czystą lub rozcieńczoną w równych ilościach z odczynnikiem gruźliczym (zawiesiną normalną). Probówkę zatykaliśmy watą i pozostawialiśmy w ciepłocie pokojowej przez dobę. Za odczyn dodatni przyjmowaliśmy tworzenie się osadu z zupełnem wyklarowaniem się płynu. Sprawdzian nasz różni się w tym względzie od sprawdzianu Eisenberga i Volka. Ostatnie rozcieńczenie, przy którem płyn klarował się zupełnie, a na dnie powstawał osad, wyrażało kres działania surowicy. W następnej, a czasem i w paru następnych probówkach tworzyły się wyraźne grudki i osad, lecz płyn pozostawał mętnawy. Otóż, aby uniknąć błędów przez dowolne tłómaczenie tej aglutynacyi częściowej, wynik taki uważaliśmy za ujemny. Sprawdzian nasz posiada również znaczne wady, na które jeszcze przy sposobności zwrócimy uwagę.

Korzystając stale z gotowej zawiesiny prątków, przez to samo wyłączyliśmy surowicę czystą. Rozcieńczenia nasze tak pojmować należy:

Rozcieńczenie 1:2 = 1 cm. sz. surowicy + 1 cm. sz. zawiesiny
„ 1:4 = 1 „ „ „ w rozcieńczeniu 1:2 + 1 cm. sz. zawiesiny
Rozcieńczenie 1:8 = 1 cm. sz. surowicy w rozcieńczeniu 1:4 + 1 cm. sz. surowicy
Rozcieńczenie 1:500 = 1 cm. sz. surowicy w rozcieńczeniu 1:250 + 1 cm. sz. zawiesiny.

Surowicę rozcieńczaliśmy również płynem Kocha.

W pierwszej seryi doświadczeń staraliśmy się wyjaśnić, jakie ilości aglutynin związują prątki w różnych stężeniach surowicy. W tym celu wykonaliśmy aglutynacyę z surowicą w rozcieńczeniach od 1:2 do 1:1000. Każda z probówek zawierała 2 cm. sz. płynu, czyli 1 cm surowicy rozcieńczonej i 1 cm. zawiesiny. Po 24 godzinach klarowny płyn z probówek zebrano pipetą i zbadano powtórnie co do obecności aglutynin. W tym celu z płynem z każdej probówki postępowano tak, jak z surowicą, której miano aglutynacyjne ma być określone. Z każdej probówki powstała nowa serya rozcieńczeń w ten sposób, że ostatnie rozcieńczenia były 1:1000 i 1:2000.

Przytem okazało się, że z pierwotnych rozcieńczeń 1:2, :14 i 1:8 prątki gruźlicze pozornie nie zabrały nic, gdyż te serye aglutynowały się do 1:1000, pierwotne rozcieńczenie 1:16 okazało się uboższem w aglutyniny, gdyż powtórna aglutynacya wypadła przy rozcieńczeniu 1:500, to samo dla pierwotnego rozcieńczenia 1:32. Pierwotne rozcieńczenie 1:64 dało wtórną aglutynacyę przy 1:128. W innych seryach wtórna aglutynacya wypadła ujemnie, to znaczy, że już w pierwszej próbie wszystkie aglutyniny zostały związane przez prątki.

Powiedzieliśmy, że z pierwszych trzech rozcieńczeń prątki pozornie nie wyczerpały aglutynin. W rzeczywistości tak nie jest. Za miano naszej surowicy przyjęliśmy 1000 jednostek, jednak miano to było znacznie wyższe, gdyż przy rozcieńczeniu 1:2000 powstawał z odczynnikiem wyraźny grudkowaty osad, chociaż płyn klarował się niezupełnie. Otóż miano tej surowicy było pomiędzy 1000 a 2000, nie określiliśmy go jednak, gdyż zepsułoby to nam szyk rozcieńczeń, z których następne było stale dwa razy wyższe od poprzedniego.

Jeżeli przyjmiemy miano surowicy za 1500, to rozcieńczenie 1:2 zawierać będzie 750 jednostek aglutynacyjnych. Gdyby prątki związały w tem rozcieńczeniu nawet 250 jednostek, to przy zastosowanej przez nas technice badania zubożenie to nie mogłoby być wykryte. Stąd wynika ten paradoksalny fakt, że znaczne stężenia surowicy po dokonanej aglutynacyi nie wykazują zubożenia w aglutyniny.

Oznaczając miano surowicy przez 1500, otrzymujemy następujące dane co do związywania aglutynin przez prątki w różnych rozcieńczeniach surowicy: (patrz tabl. obok).

Z tablicy tej możemy wysnuć następujące wnioski. Istoty gruźlicze aglutynujące się, podobnie jak durowe i choleryczne, posiadają wybitną chciwość w kierunku aglutynin i zdołają związywać ilości wielokroć większe od ilości, niezbędnych do wystąpienia aglutynacyi. Naprzykład z rozcieńczenia 1:16 zabrały 47-krotną ilość aglutynin. Co się tyczy stosunku aglutynin związanych do ogólnej ilości zawartych w danem rozcieńczeniu — „współczynnik absorpcyjny“ Eisenberga i Volka, — to im większe rozcieńczenie surowicy, tem współczynnik ten jest większy. Dla rozcieńczeń 1:1000—1:128 współczynnik ten równa się 1. W miarę zmniejszenia się rozcieńczeń, czyli w miarę zwiększania się zgęszczania surowicy, współczynnik stopniowo się zmniejsza. Można powiedzieć, że współczynnik absorpcyjny stoi w odwrotnym stosunku do bezwzględnej ilości związanych aglutynin: im ta ilość jest większa, tem współczynnik jest mniejszy.

Zestawienie naszych wyników z badaniami Eisenberga i Volka dowodzi, że i tu i tam zasadnicze stosunki są tesame. Różnice dotyczą tylko stopnia chciwości różnych aglutynogenów. Chciwość aglutynogenów gruźliczych jest znacznie mniejsza, niż durowych lub cholerycznych.

Rozcieńczenie	Ilość zawartych w nim aglutynin	Ilość aglutynin związanych przez prątki	Stosunek aglutynin związanych do ogólnej ilości
1 : 1000	1	1	$^1/_1$
1 : 500	3	3	$^1/_1$
1 : 250	6	6	$^1/_1$
1 : 128	12	12	$^1/_1$
1 : 64	24	14	$^{14}/_{24} = > ^1/_2$
1 : 32	48	24	$^1/_2$
1 : 16	94	47	$^1/_2$
1 : 8	188	<94	$<^1/_2$
1 : 4	375	<188	$<^1/_2$
1 : 2	750	<375	$<^1/_2$

Dla porównania przytaczamy jedną z tablic Eisenberga i Volka, gdzie streszczone są wyniki, uzyskane z surowicą przeciwdurową o sile 20,000 jednostek:

Rozcieńczenie surowicy	Ilość jednostek aglutyninowych w niem zawartych	Ilość jednostek pochłoniętych przez bakterye	Współczynnik absorpcyjny
1 : 10000	2	2	$^{20}/_{20}$
1 : 1000	20	20	$^{20}/_{20}$
1 : 500	40	40	$^{20}/_{20}$
1 : 300	67	67	$^{20}/_{20}$
1 : 100	200	180	$^{17}/_{20}$
1 : 50	400	340	$^{17}/_{20}$
1 : 10	2000	1500	$^{15}/_{20}$
1 : 2	10000	65000	$^{13}/_{20}$
1 : 1	20000	11000	$^{11}/_{20}$

Widzimy, że i tu współczynnik absorpcyjny stale się zmniejsza w miarę zgęszczenia surowicy; współczynnik ten jednak nawet dla czystej surowicy jest większy, niż $^1/_2$,

podczas gdy w naszych doświadczeniach nawet przy rozcieńczeniu surowicy 1:8 jest mniejszy, niż $1/_2$. Dalej laseczniki durowe zabierają całą ilość aglutynin, gdy ta wynosi w danem rozcieńczeniu 67 jednostek, prątki zaś gruźlicze nie zabierają wszystkich aglutynin, nawet gdy dane rozcieńczenie zawiera zaledwie 24 jednostek.

Różnice te jednak są ilościowe, a nie jakościowe.

Całkowite wyczerpywanie aglutynin z surowicy otrzymaliśmy w ten sposób, że po wystąpieniu odczynu w rozcieńczeniu 1:2 (surowica + normalna zawiesina w równych ilościach) zbieraliśmy przeźroczysty płyn pipetą i dodawaliśmy nową porcyę zawiesiny w objętości, ściśle równej objętości zebranego płynu. Postępując w ten sposób już przy piątem rozcieńczeniu otrzymaliśmy w płynie ilość aglutynin mniejszą nad 2 jednostki, gdyż przy ponownem dodaniu zawiesiny odczyn nie nastąpił.

Ilościowo nieco odmiennie przedstawia się wiązanie aglutynin w prawidłowej surowicy końskiej.

Miano surowicy 128 jednostek:

Rozcieńczenie surowicy	Ilość jednostek aglutyninowych w niem zawartych	Ilość jednostek związanych przez prątki	Współczynnik absorpcyjny
1:128	1	1	$1/_1$
1:64	2	2	$1/_1$
1:32	4	4	$1/_1$
1:16	8	8	$1/_1$
1:8	16	16	$1/_1$
1:4	32	30	$^{60}/_{64}$
1:2	64	48	$^{48}/_{64}$

Prawo pozostaje to samo: współczynnik absorpcyjny stale się zmniejsza w miarę wzrostu zgęszczenia surowicy, jednak nawet przy rozcieńczeniu 1:2 współczynnik wynosi znacznie więcej, niż $1/_2$, gdy w tablicy I współczynnik przy podobnem rozcieńczeniu był mniejszy, niż $1/_2$.

Drugi szereg doświadczeń obejmuje próby aglutynacyi z zawiesiną o różnem zgęszczeniu. Normalna zawiesina (prątki hodowli agarowej w 100 cm. sz. płynu Kocha) oznaczona jest w tablicy w rzędzie pionowym, jako 100, zawiesina dwukrotnie gęstsza, jako 50 i t. d.; zawiesina normalna, dwukrotnie rozcieńczona oznaczona jest przez 200 i t. d.

Odczyn dodatni aglutynacyi po 24 godzinach oznaczony jest przez +, ujemny przez —, częściowy przez ±.

Wyniki zebrane są w następującej tablicy:

Miano surowicy = 1000 jednostek: (patrz tabl. obok).

Z doświadczeń tych wynika, że stopień zgęszczenia zawiesiny gruźliczej wpływa wyraźnie na wyniki aglutynacyi: im zgęszczenie jest silniejsze, tem niższe miano aglutynacyjne wykazuje surowica i odwrotnie. Miano naszej surowicy wynosi 100 jednostek dla zawiesiny 10-krotnie stężonej i 3000 jednostek dla zawiesiny, rozcieńczonej 32 razy. Zwiększanie się jednak i zmniejszanie miana nie postępuje równolegle ze zgęszczeniem zawiesiny: jest ono n. p. prawie jednakowe dla odczynnika, 2-krotnie i 4-krotnie stężonego, dalej jednakowe jest dla zawiesiny normalnej i zawiesiny, dwukrotnie rozcieńczonej.

Koncentracya zawiesiny	Rozcieńczenie surowicy							
	1:50	1:100	1:250	1:500	1:1000	1:2000	1:3000	1:4000
10	+	+	±	—				
25	+	+	+	+				
50	+	+	+	+	±			
100 (normalna)	+	+	+	+	+	—	—	—
200	+	+	+	+	+	—	—	—
400	+	+	+	+	+	±	A —	—
800	+	+	+	+	+	+	—	—
1600	+	+	+	+	+	+	+	—
3200	+	+	+	+	+	+	+	—

B

Jeżeli na podstawie tych doświadczeń oświetlić wyniki otrzymane na drodze aglutynacyi u chorych gruźliczych, to nasuwa się prosty wniosek, że wyniki otrzymane przez różnych badaczów są niewspółmierne i nie mogą stanowić jednolitego materyału statystycznego. Zgęszczenie aglutynogenów gruźliczych inne jest w odczynniku Behringa, inne w odczynniku Kocha, inne w hodowli Arloinga i Courmonta. Z tych trzech odczynników, używanych w celach rozpoznawczych, według poszukiwań jednego z nas, najczulszym okazał się odczynnik Kocha. Rumpf i Guinard stwierdzili również, że surowica królików, nieczynna względem hodowli Arloinga i Courmonta, dawała aglutynacyę z odczynnikiem Kocha. Jest to zupełnie zrozumiałe, jeżeli zwrócić uwagę, że odczynnik Kocha ze wszystkich trzech posiada najmniejsze zgęszczenie.

Rozwijając tę myśl dalej, musimy powiedzieć, że nawet przy stosowaniu stałem jednej metody badania łatwo otrzymać wyniki ilościowe różne. Hodowle płynne, naprzykład, zależnie od sposobu przygotowania pożywki, ilości posianego materyału, wieku hodowli, mogą posiadać zgęszczenie różne: otóż im więcej prątków taka hodowla będzie zawierać, tem niższe miano aglutynacyjne wykaże badana surowica. Jedna i ta sama snrowica może wykazać miano czterokrotnie większe lub mniejsze. Dla wniosków zaś z aglutynacyi nie jest rzeczą obojętną, czy miano badanej surowicy równa się 5 lub 20.

Stąd wynika, że do badań serodyagnostycznych gruźlicy przedewszystkiem powinien być wytworzony typ odczynnika o jednakowem zgęszczeniu. Odczynnik powinien być bardzo czuły, co za tem idzie, zgęszczenie jego powinno być słabe. Odczynnik Kocha i nasze zawiesiny, oznaczone jako 1600 i 3200, jakkolwiek bardzo czułe, nie odpowiadają

celom praktycznym, gdyż do stwierdzenia aglutynacyi wymagają posiłkowania się lupą.

Najodpowiedniejszą wydaje nam się nasza „normalna zawiesina“. Ta służy stale jako odczynnik w pracowni i bywa wysyłana lekarzom do prób rozpoznawczych.

Linia zębata *B* w naszej ostatniej tablicy służy jako granica pola aglutynacyjnego. Linia przekątna *A* łączy seryę probówek, zawierających aglutyniny i aglutynogeny gruźlicze w jednakowym stosunku ilościowym. Jeżeli normalną zawiesinę oznaczymy przez jednostkę, to stosunek ten wyjaśni się zupełnie. W kwadraciku górnym, pierwszym, skąd zaczyna się linia *A*, mieści się rozcieńczenie surowicy 1:100, czyli 10 jednostek aglutyninowych, odczynnik zaś w porównaniu do normalnej zawiesiny zawiera 10 jednostek. Stosunek wzajemny wyraża się jak $^{10}/_{10}$ Posuwając się w dół po przekątnej, w drugim kwadraciku znajdujemy stosunek wzajemny $^4/_4$, w trzecim $^2/_2$, w piątym $^1/_2:^1/_2$. Otóż w każdej z tych probówek na jedną cząsteczkę aglutynogenu wypada jedna cząsteczka aglutyniny. Zdawaćby się mogło, że w każdej z tych probówek zjawisko aglutynacyi dokonywa się tak samo. W rzeczywistości dzieje się inaczej: w probówce, odpowiadającej pierwszemu górnemu kwadracikowi, aglutynacya powstaje po kilku minutach, w następnej po godzinie, w trzech ostatnich po 24 godzinach.

Zestawienie to uwydatnia wpływ zgęszczenia obu składników, które to zgęszczenie niezależnie od ich wzajemnego stałego stosunku, bądź przyśpiesza, bądź opóźnia powstanie odczynu.

Z biegiem czasu w surowicy naszej powstały aglutynoidy. Ilość ich jednak była nieznaczna, gdyż strefa hamująca rozciągała się po parę pierwszych rozcieńczeń. Obecność aglutynoidów może być uwydatniona tylko w określonych warunkach czasu: przy rozcieńczeniu 1:2 po 24 godzinach odczyn nie powstaje, zjawia się jednak po 48 godzinach.

Dla wyjaśnienia, czy aglutynogeny gruźlicze, na podobieństwo durowych i cholerycznych, posiadają dwie grupy, wiążącą i czynnościową, poddawaliśmy zawiesinę prątków działaniu wysokiej ciepłoty. Okazało się, że ogrzewanie do 100° w ciągu godziny i do 115° w ciągu półgodziny nie zmienia w niczem ich zdolności do aglutynowania się.

Dalej dolewaliśmy do zawiesiny normalnego kwasu solnego w stosunku $^1/_{10}$ i po 8 godzinach zobojętnialiśmy płyn normalnym roczynem ługu. Surowica aglutynowała zawiesinę na podobieństwo normalnej. Taki sam wynik otrzymaliśmy z $^1/_{10}$ normalnym ługiem sodowym przy zobojętnieniu po 10 minutach. Normalny ług sodowy, dodany w ilości $^1/_{10}$ do zawiesiny i zobojętniony po 48 godzinach niszczy zupełnie zdolność laseczników do aglutynacyi.

Dodatek chloroformu w stosunku $^1/_{10}$ objętości zawiesiny po 20 minutach dał następujące wyniki:

Rozcieńczenie	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	1:128	1:250	1:500
Odczyn po 24 godz.	—	—	±	+	+	+	±	—

W doświadczeniu, w którem chloroform był dodany w ilości $^1/_5$, wyniki były następujące:

Rozcieńczenie	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	1:128	1:250	1:500
Odczyn po 24 godz.	—	—	—	—	+	—	—	—

Działanie hamujące chloroformu z tego względu jest ciekawe, że rozciąga się na oba końce rzędu probówek, pozostawiając odczyn tylko w części środkowej.

Surowica, poddana działaniu chloroformu w ilości $^1/_{10}$, zmian we własności aglutynowania nie wykazała.

Dla wyjaśnienia, czy podniesiona ciepłota niszczy oddziaływanie aglutynin, ogrzewaliśmy surowicę do 100°. Ponieważ czysta surowica w tych warunkach ścina się, rozcieńczaliśmy surowicę wodą przekroploną w stosunku 3 części wody na 1 część surowicy i dodawaliśmy 3% gliceryny. Ten roczyn surowicy znosi ogrzewanie bez krzepnięcia. Połączenie tej surowicy z zawiesiną normalną odpowiada rozcieńczeniu 1:8. Otóż ani w tem rozcieńczeniu, ani w wyższych rozcieńczeniach odczyn aglutynacyjny nie powstał.

Z kliniki lekarskiej Uniw. Jag. pod kierownictwem prof. W. Jaworskiego

O kryształach siarkanu wapniowego w moczu.

Napisał

Dr Stanisław Łapiński

elew kliniki.

W piśmiennictwie odszukałem 4 spostrzeżenia pojawiania się siarkanu wapniowego w moczu. Z podręczników klinicznych w dziełach Neubauera, Salkowskiego i Jakscha znajduje się o nim krótka wzmianka; inne o siarkanie, jako postaci krystalicznej, w moczu się pojawiającej, zupełnie nie wspominają. Pierwsze spostrzeżenie Valentinera pochodzi jeszcze z r. 1863, drugie Fürbringera z r. 1877, trzecie Payera, wreszcie czwarte i ostatnie Weintrauda.

Siarkan wapniowy, postacią swą najwięcej zbliżony do tyrozyny, kwasu hippurowego, przedstawia się w formie graniastosłupów, laseczek bezbarwnych, 3—4 mikromil. długich, krzyżujących się bądźto oddzielnie, bądź też ułożonych w miotełki i rozety. Feser i Friedberger opisują kryształy gipsu, nieco odmienniej wyglądające, a napotkane w jednym tylko przypadku w moczu konia, mianowicie w postaci kryształków tabliczkowatych układu jednoskośnego, żółtawo zabarwionych.

Kryształy gipsu pojawiają się w moczu bardzo rzadko i zazwyczaj niestale, jużto bezpośrednio tak, że chory wprost oddaje mocz mętnawy z białawym obłoczkiem i już oglądając mocz gołem okiem przypuszczać w nim można jakiś osad krystaliczny, już też dopiero po oziębieniu i odstaniu, a więc z chwilą rozkładu.

W przypadku Valentinera: chory, 14 letni chłopak niedokrwisty, ale zresztą bez żadnych dających się wykazać zboczeń, oddawał często, ale niestale mocz, zawierający kryształy gipsu. Ilość gipsu wynosiła 0,18—0,24 grm dziennie. W przypadku Fürbringera chory z rozpoznaniem przewlekłego zapalenia rdzenia i charłaczy, oddawał stale mocz mętnawy. Osad, badany pod mikroskopem zawierał znamienne graniastosłupy siarkanu wapniowego. Weintraud przytacza trzech chorych (z rozpoznaniem: zapalenie pęcherza, ostry żółty zanik wątroby, ostre zapalenie nerek), u których gips kilkakrotnie pojawiał się w moczu.

Nasz przypadek dotyczył 11-letniego chorego W. W. (Nr dz. 90 Rozpoznanie klin.: *Tumor cerebri.* Rozp. anatom.: *Cystis lobi frontalis dextri cum haemorrhagia subsqu. compressione cerebri),* pozostającego w leczeniu klinicznem od 23. grudnia do 20 stycznia 1906 r., który oddawał początkowo mocz zupełnie prawidłowy. Dnia 7/I zauważyłem, że mocz świeżo oddany jest mętny. Osad pod drobnowidem zawierał liczne miotełki i rozety, z cienkich igiełek złożone. Od tego czasu gips pojawiał się w moczu, ale nie tak stale i nie w tej samej ilości do dnia 14/I. Mocz zawsze silnie kwaśno oddziaływujący, o ciężarze właściwym 1,018—1,020 Spostrzeżeń z ostatnich 5 dni życia nie ma, bo chory począł oddawać mocz pod siebie.

Postać krystaliczna (zob. rycinę), jaką w tym moczu napotkałem, podobna jest bardzo do postaci gipsu krystalicznego, jaką sztucznie otrzymałem i do postaci, przez wspomnianych autorów opisywanej.



Ryc. *A.* Kryształy gipsu w moczu. — Ryc. *B.* Kryształy gipsu sztucznie otrzymane. Kryształy naturalne zbliżone zupełnie do kryształów sztucznie otrzymanych, postać krystaliczna ściślejsza. pojedyncze wykwity zebrane w miotełki i rozety, które to postacie w sztucznie otrzymanym słabo zaznaczone. Kryształy gipsu w moczu przypominają kryształy tyrosyny i kw. hippurowego. — Na ryc. *C.* Kryształy tyrozyny: postać bujniejsza, miotełki i rozety jeszcze wyraźniejsze i doskonalsze; pojedyncze wykwity ciensze i delikatniejsze, niż gipsu. — Zaś ryc. *D.* Kryształy kwasu hippurowego: pojedyncze laseczki bardzo do gipsu zbliżone; złogi większe, więcej równolegle ustawione, postaci krzyżujących niema. miotełek i rozet brak zupełnie.

Osad krystaliczny w wyskoku, amoniaku i kwasie siarkowym nierozpuszczalny, rozpuszczał się za dodaniem kwasu solnego gorącego w rozcieńczeniu mniej więcej 1:100. W przesączu, otrzymanym przez rozpuszczenie kwasem solnym i przemycie wodą gorącą powstawał po zalkalizowaniu za dodaniem szczawianu amonowego bezpośrednio osad biały, krystaliczny, przedstawiający się pod drobnowidem w postaci kopert, znamiennych dla szczawianu wapniowego. Za dodaniem chlorku barowego pozostawało w przesączu zmętnienie, pochodzące od siarkanu barowego.

To pojawianie się siarkanu wapniowego w moczu w krystalicznej postaci zależy prawdopodobnie od zmniejszenia się zasad w moczu, a to wskutek tego, że ilość ich nie wystarcza do związania całej ilości kwasu siarkowego obok chloru i kwasu fosforowego. Wskutek tego nadmiar kwasu siarkowego niezwiązany, łączy się ze zwiększoną również ilością wapnia i jako krystaliczny siarkan wapniowy się pojawia. Co właściwie sprawia to zmniejszenie się zasad, tego nie wiemy. We wszystkich opisanych dotąd wypadkach stwierdzono charłactwo, w jednym z przypadków Weintrauda, przebiegającym pomyślnie, z chwilą poprawy stanu ogólnego ilość zasad się zwiększyła i gips z moczu zniknął. Za tem przemawia i to, że silne początkowo oddziaływanie kwaśne zmniejszało się i wracało do stanu prawidłowego.

Równolegle ze zmniejszeniem zasad alkalicznych powinno iść w parze zastępcze zwiększenie amoniaku; jak w tych 4 przypadkach, tak i w naszym zachowanie się amoniaku z przyczyn zewnętrznych nie zostało zbadane. Możnaby jeszcze przypuszczać, że nadmierne wydzielanie kwasu siarkowego (4,165 grm na dzień) jest przyczyną tego pojawiania się gipsu krystalicznego; przeciw temu przemawiało w przypadkach Fürbringera to, że mocz w niektórych rozbiorach gipsu nie zawierał, pomimo stale zwiększonej ilości kwasu siarkowego. To samo da się powiedzieć o wapniu, który również był stale zwiększony pomimo braku siarkanu wapniowego.

To wydzielanie się gipsu w moczu nie ma jeszcze wyjaśnienia klinicznego: świadczy ono tylko o mniejszem lub większem wynędznieniu ustroju. Panu Prof. Jaworskiemu dziękuję za zachętę do ogłoszenia niniejszego spostrzeżenia.

Piśmiennictwo. 1) Neubauer i Vogel: Analyse des Harns. S. 630–631. — 2) Valentiner: Gyps-Kristalisationen als Harnsediment. (Centralblatt f. med. Wiss. 1863. T. I. S. 913). — 3) Fürbringer: Zur Kenntniss der Gypsausfuhr durch den mensch. Harn. (Deutsch. Arch. f. kl. Med. T. XX. S. 521). — 4) W. Weintraud: Über Gypsausscheidung im Harn. (Charité-Annalen. R. XX. S. 203—215). — 5) Feser i Friedberger: Über Gyps im Pferdeharn. (Maly's Jahresber. über die Fortsch. der Threrchemie. S. 228—229).

Szkice z dziedziny epidemiologii zimnicy w Europie środkowej i północnej.

Napisał
Dr Zenon Grossek,
lekarz okręgowy.

(Ciąg dalszy.)

Oczywiście teoryjka Martiniego dopatruje związku przyczynowego pomiędzy niezależnemi od siebie zjawiskami; kształt krzywych zaś epidemii omawianych stąd pochodził, że pojawiało się wówczas w znacznej liczbie zakażenie pasorzytami bagiennicy, wyjątkowo dobrze do znoszenia warunków stosunkowo chłodnego klimatu przystosowanymi, a ponieważ szerzenie się bagiennicy w klimacie europejskim dokonywa się tylko w miesiącach letnio-jesiennych, przeto i krzywa zachorowań w Wilhelmshaven miała znamienny przebieg na podobieństwo krzywych włoskich.

Z rozprawki Martiniego zasługuje na uwagę głównie ta okoliczność, że w Wilhelmshaven, w czasie wykonywania nowych budowli portowych w r. 1902 (do dnia 17 czerwca) spostrzegano już tylko 17 przypadków zimnic łagodnych świeżego zakażenia.

W Fryzlandyi Wschodniej zimnica, nazywana w narzeczu miejscowem „Kaltes Fieber“, „Koll“, nawiedzała dawniej liczniej mieszkańców; w ostatnich czasach pojawia się tylko sporadycznie. A. Köppen[24]) w Norden, jako lekarz kasy chorych przy budowie kamiennej tamy, zaliczył w r. 1898 7 przypadków, a w r. 1899 i 1900 po 3 przypadki zimnicy.

W Hannowerze (52°24′) w czasie niezwykle gorących lat 1726 i 1727 Werlhof spostrzegał epidemię zimnicy o nadzwyczajnie wysokiej chorobliwości[25]), i tak jej przebieg opisuje: „Haec hiberno quidem tempore quotannis sopita quasi visa est, nisi quod quartanae et quotidianae passim perdurantur, vel sub acutorum chronicorumque morborum involucro latitarunt reliquiae materiae febriculosae. Primo vere magno numero emerserunt tertianae, innoxiae tunc ut plurimum, neque rebelles: *mensibus aestivis et autumnalibus* varii generis *febres diversa ratione graviores* apparuerunt vel anomalias omnigenas, vel continuarum speciem induentes, vel in ipsas febras acutas, aut chronicorum morborum aliquem, degenerantes, vel truculentis symptomatibus comitatae, quae inter maxime omnium formidabile fuit, quod tum in continuarum, tum in verarum intermittentium paroxysmis interdum subito corripuit, veternus profundissimus, haud raro, sicubi accidit perniciosus, et verae apoplexiae immedicabilis nomine dignus“.

Na podstawie spostrzeganych przypadków *perniciosae comatosae et apoplecticae* („vulgus nostratium eiusmodi febres die Todtenfieber appellat“) napisał na ogłoszony w Norymberdze temat „de febribus intermittentibus soporosis et apoplecticis“ traktat p. t. „Observationes de febribus praecipae intermittentibus et ex eorum genere continuis deque earum periculis ac reversionibus praenoscendis et praecavendis“ etc. etc. (Hannoverae 1732); w dziele tem podaje na podstawie własnych spostrzeżeń, w Hanowerskiem poczynionych, wcale dokładną charakterystykę bagiennicy (sectio I. § VIII): „tertianae epidemiae non vernales huius constitutionis cum insigni bili ferocia, toti corpori et capiti maxime infensa“ etc. Przedewszystkiem zaś zwraca uwagę nadzwyczajnie trafny obraz rokowania w zimnicach środkowo - europejskich, w czem wszystkich późniejszych niemieckich badaczy, aż do ostatnich czasów, prześcignął: (sectio I, § 4. „Securitas febrium fallax)“ „Laudes securitatis, quas antiqua experientia febribus intermittentibus universim decrevisse putatur, ita omnino moderandas nemo prudens diffitebitur, ut non nisi tum conveniant, quando aeger, una cum adstantibus et medentibus, officium facit, et aetas, et corporis habitus, et aëris, aquarum, locorumque natura, et alii affectus comitantes, pro morbi vehementia nihil metuendum esse commonstrant, neque morbus, ex quacunque causa, a consueta sibi indole deflectit“.

Prusy Wschodnie. W Królewcu w latach 1811—1825 zimnica prawie zupełnie nie była napotykaną; w następnych latach rozwinęła się epidemia zimnicza i trwała aż do r. 1833; w latach 1833—1841 wydarzała się tylko sporadycznie; od 1841 do 1852 pojawiała się co roku na wiosnę, szerząc się miernie; natomiast odtąd do r. 1855 rozszerzyła się z taką gwałtownością, jak rzadko bywała napotykaną pod tak wysokim stopniem północnej szerokości geograficznej (A. Hirsch)

W latach 1884—1888 w I. korpusie armii niemieckiej, rozłożonym w Prusach Wschodnich, liczono 4,359 przypadków zimnicy[26]).

Zimnicę w Marienwerder (53° 44′) w Prusach Zachodnich opisuje szczegółowo Henryk Heidenhain[27]). Lekarz ten spostrzegał oprócz sporadycznych corocznie napotykanych przypadków, dwie wielkie epidemie zimnicze: pierwszą, o bardzo znacznej chorobliwości, od sierpnia 1831 r. aż do wybuchu cholery azyatyckiej w październiku tegoż roku; druga zaczęła się w jesieni r. 1849, najbardziej grasowała (w sierpniu i wrześniu) w roku cholery 1852; ale jeszcze do późnej jesieni r. 1856 zimnica była chorobą, ze wszystkich najczęściej spostrzeganą, dopiero w r. 1857 zaczęła rzednieć. Szerzyła się wśród wszystkich stanów, zarówno między biednymi, jak i bogatymi, bez różnicy płci i wieku; już u dzieci 6-tygodniowych spotykał autor zimnicę codzienną, trzeciaczkę i czwartaczkę. Zarówno podczas trwania wielkich epidemii, jakoteż i w przerwach wyróżnia autor i szczegółowo opisuje jako odrębną grupę przypadków osobną postać zimnicy, a w opisie tym spotykamy wyszczególnione prawie wszystkie znane już nam znamienne cechy bagiennicy[28]). Przytacza też przypadki napadów złośliwych: *inter-*

---

[24]) „Ueber Malaria in nordwertlichem Deutschland“ w Münch. med. Wochenschrift.

[25]) Wspomina też, że w tychże latach „innumerabilis febrium copia multifarii typi universam fere Europam et loca maxime paludosa infestavit“.

[26]) Prof. E. Grawitz: „Epidemiologischer Beitrag zur Frage der Malaria-Infection“. Berl. klin. Wochens. 1900. Str. 522.

[27]) „Ueber Wechselfieber. Beobachtungsergebnisse aus mehreren Epidemien“. Virchowa „Archiv für pathol. Anatomie und Physiologie“. 1858. Tom 14, str. 509—550.

[28]) I. str. 512. „Wie viele anfangs scheinbar continuirliche fieberhafte Prozesse in reine Intermittente übergingen, so entwickelten sich auch aus anfänglichen intermittirenden sogenannte continuae remittentes mit gastrischen Störungen“.

II. str. 523. „Die Tertiana, sonst die gewöhnlichste Form, stand den anderen Beiden (der Quotidiana u. Quartana) um etwas an Häufigkeit nach“.

III. str. 524. „wir haben auch in den anderen Jahren oft eine zwei bis dreitägige Dauer der ersten Anfälle gesehen“; por. str. 523 u góry.

IV. str. 10, str. 522—523, str. 524. „es ging ein mehrtägiger, continuirlich fieberhafter, zuweilen remittirender Krankheitsprozess dem deutlich geschiedenen rhytmischen Auftreten der Fieberanfälle voraus“.

V. str. 523. „ein Gemeinsames: eine im Verhältniss zum Hitze- und Schweissstadium sehr geringe Intensität des Frostes“.

VI. str. 510. 523, 524. 525—526.

VII. str. 526. Besonders auffallend war aber ein während der Intermission grösseres Mattigkeitsgefühl... so dass die Kranken während derselben häufig das Bett hüteten oder doch mindestens öfter aufsuchten“.

VIII. str. 550.

IX. str. 525. „bei häufig wiederholten (!) Anfällen blieb sie (die Milz) auch in der Intermission vergrössert“.

X. str. 510—512, 525, 527—528.

XI. str. 526. „Charakteristisch war die grosse Hartnäckigkeit, die gerade diese Intermittensform dem Fiebermittel entgegensetzte“.

XII. str. 530. „ihre häufigen Rückfälle“.

XIII. str. 530. „eine mehr oder weniger ausgebildete allgemeine Wassersucht etc. etc. ein cachectisches leucophlegmatisches Aussehen“.

XIV. str. 512. „die alte bekannte Erfahrung, dass während der Herrschaft einer Wechselfieberepidemie die verschiedensten anderweitigen Krankheitsprozesse eine Zeit lang wenigstens einen mehr oder weniger reinen intermittirenden Charakter annehmen, wurde auch damals vielfach bestätigt“.

XV. str. 510. 522.

mittens comatosa (5 przyp.)[29], i *intermittens cholerica tertiana*. Drgawki wśród napadów zimniczych u dzieci 2 do 9 letnich w latach 1832—1858 corocznie po kilka razy spostrzegał. Zimnicę utajoną spotykał najczęściej pod postacią nerwobolów[30]), parestezyi i drgawek. W następstwie zimnicy widywał spore przewlekłe obrzęki śledziony, charłactwo zimnicze z obrzękami bez białkomoczu (8 takich przypadków u dzieci 8—14-letnich i kilka przypadków u dorosłych uleczył); charłactwo z białkomoczem miewało zazwyczaj zejście niepomyślne, które wogóle w następstwach zimnicy nierzadko się zdarzało. Z przypadków sekcyonowanych podaje: 2 przypadki śmierci w czasie napadów zimniczych, u starszego wynędzniałego mężczyzny i u 11-letniego chłopca; w obu razach znalazł tylko czerniczy obrzęk śledziony, bez innych zmian. W 7 przypadkach chery zimniczej bez białkomoczu również innych zmian przy sekcyi nie stwierdził, oprócz czernicy śledziony i niedokrwistości innych narządów; w przypadkach białkomoczu oprócz tego znajdował odpowiednie zmiany w nerkach.

Tak tedy pojawianie się bagiennicy w Marienwerder stwierdzamy nietylko na podstawie opisu cech klinicznych, zawierającego znamienne cechy tej choroby, ale także na podstawie przytoczonych dwóch sekcyi, dowodzących, że w epidemiach tych zimnica ostra bywała niekiedy sama przez się chorobą śmiertelną, czego przy ostrych niepowikłanych sprawach chorobowych, wywołanych zakażeniem pasorzytami *Plasmodium vivax* i *Pl. malariae Grassi et Feletti* nigdy dotychczas nie zauważono.

Podług Hirscha, jeszcze w XVIII wieku panowały złośliwe zimnice na wielu punktach Niemiec, w okolicach Harcu, w Augsburgu, w Saksonii, na Śląsku i w Wirtembergii.

W Berlinie (52° 30′) i okolicy Wolff[31]) w latach 1846—1849 spostrzegał nagminne szerzenie się zimnicy.

W Lipsku (51° 20′) C. A. Wunderlich[32]) naliczył w latach 1851—1856 436 przypadków zimnicy. W tem było 266 przypadków zimnicy regularnej, a 170 nieregularnej. 72% przypadków, spostrzeganych w miesiącu wrześniu, a wszystkie przypadki, spostrzegane od października do stycznia, były przypadkami nieregularnej zimnicy. Zasługują na uwagę spostrzeżenia tego znakomitego klinicysty o zimnicy u dzieci: „U bardzo małych dzieci — pisze — pod wpływem zimnicy pojawiają się najczęściej objawy żołądkowo-kiszkowe (choleryczne i dysenteryczne), a nadto drgawki, ogólne charłactwo i upośledzenie rozwoju; wśród tych objawów nawet bez przyłączenia się choroby o określonej siedzibie wymiera niezwykle wielka ilość osesków i małych dzieci w okolicach zimniczych“.

W Erlandze (49° 36′) prof. Canstatt[33]) spostrzegał dość często przypadki zimnicy. Najwyższa chorobliwość pojawiała się w miesiącach kwietniu i czerwcu w roku 1844, w marcu i maju r. 1845, w sierpniu r. 1847 i w czerwcu r. 1848. W r. szkolnym 1847/8 spostrzegał w klinice stałej i poliklinice 36 przypadków zimnicy; w następnym roku panowała epidemia o większej chorobliwości, naliczył bowiem 151 przypadków i opis ich podał osobno[34]). Wśród tej epidemii wydarzyły się też zakażenia bagiennicze (zauważył w pewnej grupie przypadków: zmienność toru gorączkowego, ciężkie objawy żołądkowe, około 12 godzin trwające napady, częste i szybko rozwijające się charłactwo), wraz z napadami złośliwymi (5 napadów *perniciosae cerebralis*, 1 *perniciosa typhosa* — wszystkie uleczone)

W Mannheim (49° 29′) spostrzegał Medicus[35]) w połowie XVIII w. złośliwe przypadki zimnicy.

W końcu XIX w. chorobliwość zimnicza w Niemczech szybko się umniejsza. Dowodzi tego statystyka szpitalna: w latach 1877—1885 na 1000 chorych, leczonych w szpitalach państwa niemieckiego, było chorych na zimnicę kolejno: 12·3, 10·7, 9·6, 9·2, 9·2, 7·2, 5·8, 4·7, 4·1. W ostatnich latach pojawiała się zimnica jeszcze najczęściej w dorzeczu Wisły, Warty i Odry, w Oldenburgu i Prusach Wschodnich. Szpitale w Poznańskiem, Prusach Zachodnich i Fryzlandyi wschodniej wykazują ponad 20% chorych na zimnicę[36]). To samo obniżanie stopniowe chorobliwości zimniczej widzimy w datach, odnoszących się do armii północno-niemieckiej, ogłoszonych przez R. Kocha[37]):

W roku:	było przypadków zimnicy:	tj. ‰ ilości głów żołnierzy:
1869	13,563	54·5
1878	8,909	27·2
1889	1,496	3·6
1890	916	2·2
1891	1,120	2·6
1892	858	2·0
1893	782	1·8
1894	389	0·83
1895	328	0·65
1896	284	0·55
1897	230	0·45.

Podobne zjawisko okazuje załoga Szpandawy (52° 16′), która miała

W roku:	przy ilości głów:	przyp. zimnicy:	‰
1874	3,853	2,557	663·6
1885	4,804	111	23·1
1895	5,883	1	0·1
1897	5,780	3	0·5.

W Holandyi epidemie zimnicze panowały w następujących latach: 1509, 1515, 1555—1558, 1572—1573, 1580, 1599—1603, 1610, 1612—1613, 1616—1617, 1623—1624,

---

[29]) Określenia Heidenhaina tem bardziej zasługują na uwagę, że autor ten rozpatruje dokładnie rozpoznanie różniczkowe napadów złośliwych zimnicy od ropnego i gruźliczego zapalenia opon i gruźlicy mózgu i sprawdza je badaniem anatomicznem.

[30]) Wylicza kilka przyp. nerwobólów n. trójdzielnego, n. szyjno-potylicznego (2 przyp.), n. międzyżebrowych (5 przyp.), n. goleniowego (1 przyp.), *ischias tertiana* (kilka przyp.), *enteralgia intermittens* (3 przyp.) *entero-cardialgia* (1 przyp).

[31]) Ref. w Vierteljahrschrift für die prakt. Heilk. 1850. IV, An str. 15.

[32]) „Handbuch der Pathologie und Therapie“, II. wyd. Tom 4, 1856, str. 468—515.

[33]) „Uebersicht des Etatsjahres vom 1 Oktober 1847 bis 30 September 1848 in der med. Klinik und Poliklinik zu Erlangen“ w Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde, 1849. II. str. 141 i III. str. 91.

[34]) „Bericht über die vom 1 Oktober 1848 bis 30 September 1849 in der med. Klinik und Poliklinik zu Erlangen beobachteten Intermittentes“ Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde 1850 IV str. 89—103.

[35]) Griesinger. Infectionskrankheiten Erlangen 1857, str. 6.

[36]) Meyers Konversationslexikon. Wyd. V. Artykuł: Krankheit.

[37]) Deutsche medicinische Wochenschrift 1900, str. 802.

1652, 1667, 1669, 1684, 1719, 1727—1728, 1742—1748, 1760—1762, 1768—1769, 1770—1771, 1776, 1779—1781, 1784, 1788, 1800, 1807–1809, 1826—1829, 1858, 1859, 1868 (Schoo).

Kraj ten był jednem z najstraszliwszych ognisk zimnicy w Europie. Wobec sprzyjających szerzeniu się jej warunków choroba ta przybierała nieraz charakter złośliwej zarazy, porywającej tysiące ofiar. Kilku lekarzy, mianowicie: Sylvius de Le Boë, Gwidon François i Koker[38]), opisali taką morderczą epidemię zimnicy z roku 1669. „Za czasów Pringlea (w połowie XVIII w.) zimnica w Holandyi występowała w postaciach ciężkich, grasowała nietylko przy wybrzeżu, lecz i we wnętrzu kraju. Autor ten opisuje, jak podczas wyprawy angielskiej do Holandyi w r. 1747 śród wojsk, które zajęły wyspę Walcheren i Zuit-Beveland (około 51° 30′) szerzyła się zimnica tak gwałtownie, iż w niektórych batalionach $^6/_7$ żołnierzy chorowało, a z całego batalionu zaledwie po 100 ludzi bywało zdolnych do pełnienia czynnej służby. W roku następnym gorączki stały się jeszcze częstsze; w wojsku, które przezimowało w Holandyi, najpierw wybuchła zimnica w postaciach nieregularnych; były to widocznie nawroty choroby, nabytej w roku poprzednim. Gorączki te często kończyły się puchliną ogólną i śmiercią. W celu obrony od nieprzyjaciół Holendrzy zalali wodą niziny swego kraju, z chwilą zaś rozpoczęcia układów pokojowych część wód spuścili z powrotem do morza. Wówczas przestrzenie, niezupełnie wyschłe, stały się źródłem, podsycającem szerzenie się w całem otoczeniu ciężkich postaci zimnicy i napadów złośliwych (*perniciosa delirans et comatosa*). W Breda (51° 35′) choroba przybrała takie rozmiary, iż stany generalne wydały rozporządzenie, aby przestrzenie wysychające ponownie zalać wodami[39]). W pobliżu Hertogenbusch (51° 42′) pułk Graya miewał równocześnie do 260 chorych, tj. więcej niż połowę wszystkich żołnierzy; z końcem wojny liczył zaledwie 30 żołnierzy takich, którzy przez cały czas uniknęli choroby. W innych pułkach również chorych liczono na setki; batalion królewski miał tylko 4 żołnierzy, którzy uniknęli zakażenia. W sierpniu roku 1809 znowu wylądowali Anglicy na wyspie Walcheren; w ich wojsku wybuchła jedna z najcięższych epidemii zimniczych, jakie wogóle spostrzegano w historycznych czasach. Opisali ją współcześni lekarze: P. Dawson, P. Davies, J Wright, Robert Blane i G. Hargrove. Z 39,219 żołnierzy zmarło od 28 sierpnia do 23 grudnia 1809 r. 4,175 ludzi w następstwie zimnicy. Od 21 sierpnia do 18 listopada liczba chorych żołnierzy, przyjętych do szpitala, wraz z powtórnie przyjętymi, wyniosła: 26,846. Z końcem r. 1809 po powrocie wojsk do Anglii liczono jeszcze 11,503 żołnierzy, chorych na zimnicę. Armia angielska była pokonaną, zanim przystąpiła do walki; w boju bowiem utraciła tylko 217 ludzi“[40]).

Co do tych epidemii wojsk angielskich zauważyć należy, że rozpoznanie zimnicy w tym przypadku nie podlega wątpliwości, gdyż żadna inna choroba zakaźna nie miewa tak wysokiej chorobliwości. Ze względu zaś na to, że choroba ta nagminna, zacząwszy się w sierpniu, w przeciągu 4 miesięcy sprawiła tak znaczną śmiertelność, możemy przypuszczać, że była to w przeważnej części przypadków bagiennica, a zapewne we współczesnych, a dla mnie niedostępnych źródłach możnaby jeszcze znaleźć wiele dowodów na poparcie tego domysłu.

Jeszcze w r. 1856 Wunderlich[41]) zalicza opisy lekarzy holenderskich do głównych źródeł do poznania symptomatologii zimnicy złośliwej.

Adr. A. Fokker[42]) podaje statystykę przypadków zimnicy, spostrzeganych w Middelburgu przez dra Keijzera w latach 1860—1875: 66·7% zimnic codziennych, 25·6% trzeciaczek i 7·5% czwartaczek, razem 3,594 przypadków czystych zimnic z torem przerywanym (26% wszystkich chorych 13,601). Najniższa chorobliwość była w roku 1860 (114 chorych na z. = 15% chorych wszystkich), najwyższa w r. 1865 (443 chorych zimniczych = 45%). Fokker sam spostrzegał u kopaczy kanału, przeprowadzonego przez wyspę Walcheren w latach 1868—1870, 676 przypadków zimnic, co odpowiada 31·2‰ średniej miesięcznej chorobliwości, w stosunku do wszystkich zatrudnionych robotników. Epidemia ta odznaczała się znacznym odsetkiem przypadków z torem czwartaczkowym; zimnic codziennych było bowiem 10·2%, trzeciaczek 60·2%, czwartaczek 25%, zaś łącznie z 31 przypadkami czwartaczki podwójnej (*quartana duplex*) 29·5%.

Po roku 1870 zimnica w Zeelandyi niemal doszczętnie wygasła; dopiero w roku 1899 spostrzegano w Middelburgu około 200 przypadków; z tej liczby J. J. Berdenis van Berlekom[43]) leczył 100 przyp. w 45 rodzinach, a w tem było 79% chorych w wieku poniżej 20 lat życia; 83% miało tor trzeciaczkowy, reszta tor codzienny (*tertiana duplex*). Chorób następowych nie spostrzegał. W r. 1900, do końca czerwca, lekarz ten naliczył znowu 70 przypadków zimnic w 40 rodzinach, a w tem było 50 nawrotów z roku poprzedniego (wzgl. zakażeń powtórnych).

Tenże autor przytacza liczby, wyjęte z czasopisma „Middelburgsche maandboekje“ (wychogzącego od r. 1792), a zestawione przez dra I. C. de Mana, podające wysokość „śmiertelności na zimnice włącznie z chorobami żółciowymi“. „Jakkolwiek nie bardzo ściśle — dodaje autor — mogą przecież te liczby dać pewne wyobrażenie o śmiertelności z wymienionych chorób“.

W latach:	zmarło na zimnice i choroby żółciowe na 1000 mieszkańców (‰):
1792—1801	30
1802—1811	53
1812—1821	40

[38]) Patrz H. Hertz „Malaria Infectionen“ w Ziemssena Hdbch. der spec. Path. und Ther. Tom II., 2 wyd. 1877, str. 781 i 2.

[39]) Skuteczność zarządzenia Stanów Generalnych dla stłumienia zimnicy można tłómaczyć podług badań Kerschbaumera tą okolicznością, że gąsienice widliszów nie mogą się rozwijać w wodzie powyżej 1 m. głębokości mającej, przeto zalanie wodą bagien mogło powstrzymać dalsze wylęganie się widliszów jako pośredników zimniczego zakażenia.

[40]) Opis zimnic holenderskich do r. 1809 jest przytoczony niemal dosłownie podług A. Laverana.

[41]) L. c. str. 498 i 500.

[42]) „De kanaal-gravers in Walcheren en de malaria in de jaren 1868—1870“. Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. 1877. Nr 3.

[43]) „Malaria in Zeeland“. Weekblad 1900. I. Nr. 8. — „De malaria in Zeeland, voordracht gehonden... 2 Juli 1900“. Weekblad 1900. II. Nr 2. — A. van der Scheer i J. J. Berdenis van Berlekom. „Malaria en muskieten in Zeeland“. Weekblad 1900. II. Nr 14.

w latach:	zmarło na zimnicę i choroby żółciowe na 1000 mieszkańców (‰):
1822—1831	30
1832—1841	23
1842—1851	21
1852—1861	16
1862—1771	9

Podług sprawozdań Inspekcyi lekarskiej (het Geneeskundig Staatstoezicht) roczna śmiertelność na zimnicę wynosiła:

W latach:	w Middelburgu:	w Zeelandyi:	w Królestwie Holenderskiem:
1875—1880	3	89	1059
1880—1885	2	62	640
1885—1890	0·2	49	360
1890—1897	0	12	120

„12 przypadków śmierci na rok dla ludności, liczącej przeszło 200,000 dusz, zaiste nie daje nikomu prawa nazywać Zeelandyi krajem zimniczym.... lecz ostrożność zaleca się nadal (waakraamheid blijft geraden)“.

Schoo podaje dalsze liczby co do śmiertelności z zimnicy w Holandyi w latach 1885—1899. Mianowicie:

W roku:	zmarło na zimnicę:	w tej liczbie zmarło wśród napadów złośl.:
1885	306	136
1886	284	131
1887	250	122
1888	212	106
1889	179	78
1890	174	59
1891	88	24
1892	93	21
1893	78	16
1894	76	12
1895	93	6
1896	90	5
1897	65	5
1898	49	1
1899	38	2

Wiele tych śmiertelnych przypadków należy podług autora (Schoo) przypisać zimnicom, nabytym w Indyach; jednakże jeszcze w r. 1877 prof. Hertz w Amsterdamie[44]) opisał przypadek *mal. comatosae*, powstały na miejscu, a wyleczony; inne podobne przypadki mogły miewać zejście niepomyślne.

H. I. M. Schoo[45]) spostrzegał zimnicę w Krommenie (52° 30′) (w Holandyi północnej); w r. 1897 od sierpnia do końca roku 10 przypadków, w następnych 2 latach większą ilość, w r. 1900 blisko 300, w r. 1901 około 500 pierwotnych zakażeń zimniczych. Z samego miasteczka Krommenie, liczącego przeszło 2,500 mieszkańców, leczył w r. 1901 218 chorych; w tej liczbie było 60 nawrotów z r. 1900 i 158 świeżych pierwotnych zakażeń; łącznie zaś z nawrotami zimnic świeżych było 325 wszystkich zachorowań (130‰ chorobliwości). Najwyższa chorobliwość ogólna, jakoteż w stosunku do zakażeń pierwotnych, pojawiła się w sierpniu. Epidemia składała się wyłącznie z przypadków trzeciaczki łagodnej. Uwagi godną jest okoliczność, że autor chwytał komary w umyślnie na to przeznaczonej izdebce obok swego mieszkania; pośród schwytanych w r. 1901 znajdowała się połowa widliszów (w r. 1900 było ich mniej niż $^1/_5$); wśród całej ilości widliszów było 1·5% zakażonych.

W tymże r. 1901 autor rozesłał zapytania, dotyczące zimnicy do wszystkich lekarzy prowincyi Holandyi Północnej; wywiady te dowiodły, że zimnica (trzeciaczka i czwartaczka) pojawia się w wielu miejscowościach tego kraju.

Także i w Wormerveer (około 52° 30′) zimnica często się pojawiała pomiędzy r. 1880 a 1890, z torem 3- i 4-dniowym, od r 1897 znowu zaczęła się szerzyć, głównie jako trzeciaczka; w r. 1902 na 5,800 mieszkańców chorowało 17% (P. C. Körteweg)[46]). (Dokończenie nastąpi.)

[44]) L. c. str. 821.

[45]) „Malaria in Noord-Holland“. Weekblad 1902. I. Nr 4. — „Malaria in Krommenie“. Weekblad 1902. I. Nr 10.

[46]) „Prophylaxis einer Malariaepidemie mittels Chinin-Therapie“. Ref w Centrbl. f. Bakt. 1904. Str. 807.

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Benninghoven. **Jodfersan w leczeniu kiły.** *(Monatschr. f. Harnkrankh. u. sexuel. Hyg.* 1905 H. 4). Dobre wyniki po stosowaniu fersanu przy wszelkiego rodzaju niedokrewnościach, zachęciły do wypróbowania leku tego w przypadkach kiły, przebiegającej z utratą wagi ciała i zmniejszeniem się ciałek czerwonych krwi. Rezultaty były korzystne. Po pojawieniu się nowego preparatu, połączenia żelaza z jodkiem potasu, w postaci jodfersanowych pastylek, zastosował B. ten przetwór w przypadkach kiły w swej praktyce. Oprócz pastylek dla dorosłych (0·05 jodku potasu na 0·2 fersanu) istnieją także czekoladowe pastylki dla dzieci (0·02 jod. pot. na 0·25 fers.). Cena 100 pastylek dla dorosłych 3 M. (dla kas 2·50 M.), 50 pastylek dla dzieci 2·50 M. (dla kas 2·20 M.). Dawkowanie: 3—5 razy dz. przed jedz. po 3 past. zażywać. B. stosował ten sposób leczenia w przeszło 25 przyp., zawsze z wynikiem tak dobrym, że poleca przetwór ten jak najgorręcej Sposób działania polega na wzmocnieniu organizmu obok wpływu jodu, który w tem połączeniu zdaje się mimo małych stosunkowo dawek działać w sposób swoisty (przy podawaniu 4 razy dz. po 3 past. wypada 0·6 pro die). Zwolennicy dużych dawek jodu mogą podawać na próbę większe ilości pastylek, poczem osiągną może jeszcze lepsze wyniki. *B. W.*

Assmann. **Nowy sposób barwienia krwi i tkanek błękitem metylowym i kwaśną eozyną.** *(Münch. med. Wochs.* Nr. 28, 1906). (Doniesienie tymczasowe). Zaletę tego sposobu stanowi nie tylko większa wyrazistość i jednostajność preparatów, ale i ta okoliczność, że metoda nadaje się do barwienia krwi, ropy, plwociny, osadu, moczu, a nawet tkanek (byle grubość skrawków nie przekraczała 5 mm.). Autor podaje technikę barwienia. Barwik (alkoholowy rozczyn eozyny i błękitu metyl.) nabyć można u firmy Grüblera w Lipsku. (Dr Grübler's mikroskop-chem. Laborat. Inhaber Dr Hollborn in Leipzig). *Dr M. Godlewski.*

Raab. **Elektroterapia w chorobach narządu krążenia.** *(Münch. med. Wochs.* Nr. 29 i 30, 1906). Ten tak mało dotąd w leczeniu chorób serca uwzględniany sposób leczenia, uważa autor za bardzo cenny, twierdząc, że niejednokrotnie udaje się przez niego osiągnąć wyrównanie. Autor używa silnych prądów stałych i przerywanych, stosując je w postaci tak zwanej kąpieli elektrycznej. Woda odgrywa tu oczywiście rolę olbrzymiej, całe ciało otaczającej, elektrody. Ścisłymi pomiarami ciśnienia, ilości tętna, jego charakteru, wielkości stłumienia serca oznaczanego przed i po kąpieli, jużto zapomocą opukiwania, już też zapomocą orthodiagraficznych zdjęć Röntgenowskich, stara się autor dowieść skuteczności metody. Ciekawy jest wpływ kąpieli na człowieka znajdującego się w głębokiem uśpieniu chloroformowem. W teoretycznem uzasadnieniu wyników leczniczych opiera się autor na prawie Dastre-Morata że rozszerzeniu naczyń trzewiowych towarzyszy stale zwężenie na-

czyń skórnych. Wszystkie tak fizyczne zabiegi jak masaż i kąpiele (hydropat., z bezwodnikiem węgl, i elektr.) jak i w ścisłem znaczeniu słowa środki nasercowe (nie wyłączając naparstnicy) działają korzystnie przez pobudzenie krążenia obwodowego, skutkiem czego ustępuje nadmierne przekrwienie narządów wewnętrznych.

Dr M. Godiewski.

CHIRURGIA. Doering. **Leczenie krzywogłowia** *(Caput obstipum). (Deutsch. med. Wochft.* Nr. 27 1906). Nieoperacyjne leczenie krzywogłowia jest obecnie prawie zupełnie zaniechane. Diffenbach odradzał go już, twierdząc, że wszelkie naciągania wywołują zapalenie mięśnia mostko-sutko-obojczykowego i w następstwie jeszcze większe skrócenia. Przerwanie podskórne mięśnia podług Lorenza jest bardzo ryzykowne, a Riedel widział nawet po niem tworzenie się złogów kostnych w mięśniu. Obecnie leczy się krzywogłowie tylko operacyjnie, a mianowicie przecięciem mięśnia z rany zewnętrznej poleconem przez Volkmanna. Do przecięcia dołączają niektórzy plastyczne przedłużenie lub skrócenie mięśnia strony przeciwnej. Mikulicz uważając całą chorobę za sprawę zapalną mięśnia mostko-sutko-obojczykowego polecał wycięcie mięśnia (podał to dawniej już Astley Cooper) całego lub znacznej tegoż części z obawy przed zranieniem nerwu dodatkowego. Gleich pragnąc wyrównać asymetryę twarzy przy krzywogłowiu, polecił ucisk tętnicy dogłowowej zewnętrznej, by przez to wywołać częściowy zanik po stronie zdrowej. Autor na mocy obserwacyi 35 przypadków z kliniki Brauna w Gotyndze, twierdzi, że wystarcza zupełnie otwarte pojedyncze przecięcie skróconego mięśnia. Cięcie prowadzi się nad mostkiem małe i przecina tam stopniowo mięsień. Prócz mięśnia mostko-sutko-obojczykowego dobrze jest także przeciąć mięsień podskórny szyi (platysma) a nawet częściowo mięsień kapturowy. Opatrunek z głową pochyloną w stronę zdrową, krochmalny, aż do zgojenia rany, potem celluloidynowa krawata na pół roku, ewentualnie masaż i ćwiczenia ortopedyczne (wyciąg szyi). Wyniki bardzo dobre, najstarszy przypadek obserwowany $10^1/_2$ lat. Z 35 jeden pacyent trzyma głowę trochę krzywo, ale siłą mięśni może ją sprostować. U 5 innych są ruchy w stronę zdrową trochę. ograniczone (chorzy ci nie chcieli nosić krawaty). Asymetrya głowy ustąpiła prawie w zupełności. *Klęsk.*

Liniger. **Ciekawe przypadki z praktyki urazowej.** *(Monatsschr. f. Unfallheil.* 1906 Nr 1). Autor przytacza bardzo ciekawy przypadek dotyczący hutnika szkła, który przy wydymaniu flaszki uczuł silny ból w policzku i zauważył, że powietrze wpadło mu przez policzek aż pod ucho. Badanie wykazało rozszerzenie lewego przewodu gruczołu przyusznego. Mógł go chory nadymać powietrzem i wtedy występował przewód pod skórą w postaci sznura, grubości ołówka. Ze względu, że i po drugiej stronie przewód był rozszerzony, sądzi autor, że rozchodzi się tu o wadę wrodzoną i osłabienie mięśni policzka, a dmuchanie jeszcze pogarszało rozszerzanie się przewodu. *Klęsk*

Schmidt. **Leczenie gimnastyczne celem unikania zastoiny w płucach.** *(Monatsschr. f. Unfallheil.* 1906 Nr 2). Celem unikania zastoiny i zapalenia opadowego u ludzi starych, radzi autor u obłożnie chorych, czynne ćwiczenie rękami systematycznie wykonywane, a ponadto bierne ruchy sztucznego oddechu. Ćwiczenia te należy wykonywać przed jedzeniem 3—4 razy dziennie przez 10 do 15 minut za każdym razem. *Klęsk.*

Thiem. **Wodna puchlina jądra po urazie.** *(Monatsschr. f. Unfallheil.* 1906 Nr. 3). Mimo zaprzeczania z wielu stron, autor przytacza przypadek urazowej wodnej puchliny jąder po zgnieceniu jądra i przyjądrza, i jest zdania, że puchlina taka po urazie występować może, a obecność krwi w przesięku zupełnie nie jest konieczną. *Klęsk.*

Slaimer. **Doświadczenie zebrane z 1200 znieczuleń rdzeniowych tropakokainą.** *(Wien. med. Presse* Nr 22/23 1906). W miarę udoskonalenia techniki, wyniki autora są coraz lepsze. Zawiodło go znieczulenie 54 razy. Radzi on używać nie za grubych igieł (1 mm. grubości, 7—9 cm. długości) Podniesienie ciepłoty obserwował często, gdy skórę w miejscu wkłucia odkażał przedtem sublimatem lub zanieczyszczonym alkoholem. Bóle głowy pochodzą od za szybkiego lub za obfitego odpuszczania płynu. Gdy są bardzo silne i uporczywe, należy wykonać poraz drugi następowo wkłócie i płyn (zwykle wtedy mętnawy) odpuścić znowu. Znieczulenie nie chroni od nieżytów i zapaleń płuc pooperacyjnych więcej od chloroformu. *Klęsk.*

Mühsam. **Typowe uszkodzenie u obsługujących automobile.** *(Deutsch. med. Wochft.* Nr 28, 1906). Obecnie już i automobil ma swoją specyalną chorobę, a jest nią złamanie dolnego końca kości przedramieniowej. Wywołanem ono zostaje przy kręceniu korbą celem wprawienia motoru w ruch. W razie, gdy motor szybko zaczyna działać, a kręcący nie usunie ręki szybko, korba cofa się nagle w tył i wywołuje typowe zawsze złamanie przez naciągnięcie, oderwanie lub zgniecenie, zależnie od tego, gdzie ręka względem korby wtedy się znajdowała. Rokowanie i leczenie jak w zwykłych złamaniach. Celem zapobiegania powinny firmy pouczać automobilistów o tej możliwości. *Klęsk.*

Freund. **Dalsze doświadczenia nad znieczuleniem lędźwiowem.** *(Deutsch. med. Wochft.* Nr 28, 1906). Autor omawia lędźwiowy sposób znieczulenia w dalszym ciągu na podstawie 209 przypadków operacyi ginekologicznych wykonanych w klinice Veita w Halli. Obecnie w miarę udoskonalenia techniki znieczulenie coraz mniej zawodzi tak, że autor dochodzi do przekonania, że zawody nie pochodzą od oporności organizmu względem znieczulenia, lecz od omyłek w technice. Wkłucie powinno się robić zupełnie systematycznie w linii środkowej i to najlepiej między 2—3 kręgiem lędźwiowym lub wyżej, a nigdy niżej, albowiem wtedy warunki rozchodzenia się środka znieczulającego są gorsze. Położenie z głową w dół po wstrzyknięciu zwiększa znacznie znieczulenie i posuwa je w górę. Autor zwykle postępuje w ten sposób, że znieczula chorą, kładzie ją z głową w dół i przez ten czas desynfekuje dopiero pole operacyjne, co trwa około 20 minut. Płynu wiele odpuszczać nie należy, im więcej płynu się odpuści, tem znieczulenie sięga wyżej, lecz i następowe przypadłości występują częściej. Do znieczulenia używa próbek Ballona ze stowainą i nadnerczyną. Dawka średnia 0,07. Często dochodzi jednak przy dłuższych operacyach do 0, 1. Stosowania znieczulenia lędźwiowego wspólnie z zamroczeniem skopolaminowo-morfinowem nie poleca, obserwował bowiem przytem zejście śmiertelne w 10 godzin po operacyi, przyczem chora nie odzyskała przytomności po zabiegu. W położniczych zabiegach nie próbował autor jeszcze znieczulenia lędźwiowego. Na 209 przytoczonych przypadków obserwował autor prócz wymienionego przypadku jeszcze jeden ze zejściem śmiertelnem u 73-letniej astmatycznej kobiety, gdzie śmierć nastąpiła na stole przed operacyą wśród wymiotów i wstrzymania oddechu. Radzi też wyciągać zaraz przy wkłóciu mandryn, by nie wejść za daleko i nie znieczulić przez to korzeni ruchowych rdzenia. Z objawów ubocznych wspomnieć należy o nudnościach i wymiotach, lekkiem podniesieniu ciepłoty i bólach głowy. Oddaniu stolca przy operacyi zapobiedz można czopkiem opiowym podanym przedtem. Znieczulenie lędźwiowe uważa autor za jedno z największych odkryć na polu medycyny. *Klęsk.*

Zuckerkandl. **O leczeniu gruźlicy nerek.** *(Deutsch. med. Wochft.* Nr 28, 1906). Obecnie wiemy już, że gruźlica występuje najczęściej tylko po jednej stronie i jest z początku cierpieniem miejscowem, należy więc to cierpienie nerek bezwarunkowo do chirurga. Zakażenie następuje zwykle drogą krwi i dotyczy osobników młodych, często nie obciążonych dziedzicznie. Moczem odchodzi masa prątków; uważać też należy na tych chorych tak samo jak na suchotników ze względu na możność zakażenia otoczenia. Cierpienie przebiega zwykle z początku dość długo ukrycie i dopiero ropomocz, kolka i zajęcie pęcherza zwracają na nie uwagę. Leczenie wewnętrzne nie daje wielkich rezultatów, a nadto sprawa przenosi się prędko na moczowód pęcherza i drugą nerkę; po postawieniu też rozpoznania z zabiegiem długo czekać nie należy. Stan drugiej nerki jest naturalnie rzeczą decydującą. Często w drugiej nerce spotykamy wtedy podrażnienie w postaci białomoczu, nie jest to jednak przeciwwskazaniem do zabiegu. Nawet w razie obecności prątków w nerce zdrowszej radzi autor chorą operować o ile próby wydatności nerki zdrowszej wypadną dodatnio. Czasem zmuszeni jesteśmy operować mimo zmian obustronnych w nerkach np. w razie bolesnego roponercza po jednej stronie, a gruźlicy nerki drugiej. Operacya w gruźlicy nerki polega na usunięciu takowej, przyczem bardzo często należy też usunąć cały moczowód chorobowo zmieniony, aby nie stał się on rozsadnikiem gruźlicy i nie wywoływał uporczywych przetok. Operacya taka często leczy zupełnie, a Israel i Krönlein rozporządzają już przypadkami obserwowanymi 11—14 lat po operacyi. Po usunięciu nerki występują często w następstwie przypadłości pęcherzowe, te jednak zwolna po przepłukiwaniach ustępują. Przypadłości te w postaci parcia na mocz, bolesnego tegoż oddawania czasem nawet z krwią, najlepiej leczy się płukaniami pęcherza z dodatkiem na końcu 5 gramów rozczynu guajacoljodoformu. *Klęsk.*

Weischer. **Opatrywanie ran na przeszczepieniach skóry.** *(Centblt f. Chir.* Nr 25, 1906). Celem możliwie ostrożnego opatrywania ran pokrytych podług metody Thierscha radzi autor po usunięciu powierzchownych warstw ziarniny nożem przeszczepiającym, tamować krwotok kompresami zamoczonymi w gorącym rozczynie soli kuchennej i przyciśniętymi opaską do rany. Potem kładzie się płatki naskórka i przykrywa wszystko znowu mulowymi

kompresami zamoczonymi w ciepłym (0·8%) rozczynie soli kuchennej. Kompresy pokrywa się watą i opaską. Co 2—3 godzin w miarę wysychania opatrunku polewa się go znowu rozczynem soli. Pierwszy opatrunek robi się po 2 dniach (w razie dużej wydzieliny na drugi dzień zaraz) pod strumieniem rozczynu soli. Po dalszych 2-ch dniach opatrunek z maści borowej. W ten sposób osiągnął on w $^3/_4$ przypadków zupełne przygojenie się naskórka a w $^1/_4$ w bardzo dużej przestrzeni. Stosuje tylko przeszczepienie własne (autoplastykę), bo z drugiego osobnika naskórek źle się przyjmuje. *Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Mirabeau. **Przyczynek do gruźlicy nerek i pęcherza u kobiet.** (*Mtsch. für Geb. u. Gyn.* T. XXIII. Z. 2). Na podstawie własnych licznych doświadczeń dochodzi autor do następujących wniosków: 1) gruźlica pęcherza u kobiet jest zawsze objawem następowym — gruźlica z nerek schodzi do pęcherza moczowego — nie stoi natomiast nigdy w związku z gruźlicą narządu rodnego. 2) Gruźlica nerek najmniej w 50% jest jednostronną. 3) Rozpoznanie z wielką ścisłością daje się zestawić za pomocą cystoskopii i cewnikowania moczowodów. 4) Bardzo ważne znaczenie ma wybadanie moczowodu, stwierdzoną bowiem jest rzeczą, iż przy gruźlicy nerek skutkiem przenoszenia się choroby w dół, bardzo wcześnie moczowód odpowiednej strony ulega zgrubieniu i nacieczeniu nierzadko znacznie wcześniej, zanim przyjdzie do zajęcia pęcherza moczowego. 5) Jako jedyny zabieg przy jednostronnej gruźlicy nerek jest możliwie wczesne wyjęcie nerki — czemu na przeszkodzie nie stoi zupełnie ciąża. A doświadczenie uczy, iż po usunięciu nerki najcięższe zajęcie gruźlicy pęcherza w krotkim stosunkowo czasie zupełnemu ulega uleczeniu. *Dr Cetnarowski.*

Martin. **Przyczynek do etyologii śmiertelnego niedowładu.** (*Mtsch. für Geb. u. Gyn.* T. XXIII. Z. 2). W przypadku opisanym przez Martina rozchodziło się o krwotok po wyjęciu ręcznem łożyska, który zakończył się śmiercią rodzącej. Krwotok ten spowodowany był niedomogą mięśnia macicznego w następstwie chronicznego zapalenia tegoż. Skutkiem przewlekłego stanu zapalnego, ściana mięsna była ścieńczona bardzo znacznie, a najprawdopodobniej przy równoczesnem zajęciu błony śluzowej. rozwój łożyska i jego przyczepienie znacznym uległo zmianom. Cały szereg obrazów histologicznych aż nadto jasno wyjaśnia cały ten przypadek. *Dr Cetnarowski.*

Vertes: **Przypadek gorączki połogowej wyleczonej przez wyjęcie macicy.** (*Mtsch. für Geb. u. Gyn.* T. XXIII Z. 2). W pracy tej opisany jest przypadek niezbyt ciężkiej septikaemii, gdzie 8-go dnia po rozwiązaniu z chwilą wystąpienia pierwszych dreszczy, wyjęto chorej macicę. Droga, którą przyszło do zakażenia, nie została dokładnie wyjaśnioną; czy powodem tegoż były zabiegi dokonywane, nie licząc samego badania, czy też równocześnie znajdujące się włókniaki, które nawet stanowiły znaczną dosyć zaporę przy porodzie, czy też wreszcie miało miejsce samozakażenie. Po dokonanej operacyi dreszcze się nie powtórzyły, a chora po 3-ch tygodniach opuściła szpital. Na podstawie tego przypadku zastanawia się autor wogóle nad zakażeniem połogowem i nad sposobami jego zwalczania. Nie biorąc pod uwagę całego leczenia zapobiegawczego z chwilą kiedy już przyszło do zakażenia, trzeba odróżnić z czem mamy do czynienia z sapraemią, septikaemią czy pyaemią. Przy pierwszej z nich wystarczy leczenie konserwatywne, przy 2-ch ostatnich nie należy być zasadniczym przeciwnikiem operacyi jak Knorres, Leopold i wielu innych, ale uwzględniając czas trwania zakażenia, zasób sił, zrobić badania bakteryologiczne i przekonać się, czy produkcya leukocytów ze strony organizmu jest znacznie wzmożona, wtedy można śmiało pokusić się drogą usunięcia macicy, ratować położnicę, usuwając bowiem macicę, usuwa się pierwotne ognisko zakażenia, a tem samem ułatwia się walkę jaką od pierwszej chwili zakażenia, prowadzą krwinki białe z mikrobami. Zabiegu dokonać należy zawsze drogą cięcia brzusznego. *Dr Cetnarowski.*

Cramer. **Odciąganie soli kuchennej przy obrzękach u ciężarnych.** (*Mtsch. für Geb. u. Gyn.* T. XXIII. Z. 4. Zachęcony pracami i doświadczeniami innych autorów, którzy obrzęki występujące w przebiegu przewlekłych spraw chorobowych nerek usuwali przez podawanie dyety wykluczającej sól kuchenną, próbował tego samego leczenia Cramer w 5-ciu przypadkach ciężkiego obrzęku u ciężarnych zawsze z jak najlepszym wynikiem. Obserwując dokładnie wymienione przypadki doszedł Cramer do przekonania, iż obrzęk u ciężarnych ma przyczynę w zaburzeniach toksycznych w przemianie materyi, następnie że nie stoi on w bezpośrednim związku z nerką ciężarnych Leydena, gdyż bardzo często się zdarzało, iż dopiero z chwilą ustępywania obrzęku występowało białko w moczu. W każdym z wymienionych przypadków przy dyecie soli nie zawierającej, mimo wprowadzania małych ilości płynów, ilość wydzielonego moczu była znaczna, co przemawia za spostrzeżeniami Strauba i Acharda, iż przy zboczeniach czynnościowych nerek najpierw bywa zatrzymana sól kuchenna, a dopiero później woda. Równocześnie opisuje przypadek jeden, gdzie mimo braku drgawek, był zmuszony postawić rozpoznanie rzucawki porodowej na podstawie obrzęków, białko-moczu, bólów głowy, zaniewidzenia, śpiączki etc. Potwierdzałoby to w zupełności spostrzeżenia anatomopatologiczne Schmorla, który na sekcyi znajdował typowe zmiany jak przy rzucawce, mimo, że ta nie była stwierdzona za życia. *Dr Cetnarowski.*

Schubert. **Wzrost olbrzymi u noworodków.** (*Mtsch. für Geb. u. Gyn.* T. XXIII. Z. 4). Schubert opisuje przypadek w którym urodził się płód przenoszony, zmacerowany, ważący 6550 gr. W przypadku tym obok dość wysokiej wagi ciekawą jest jeszcze trudność, z jaką musiano walczyć przy wydobywaniu barków. Z przyczyn o jakie najczęściej obwiniamy olbrzymi wzrost płodu — w tym wypadku dały się stwierdzić wysoki wzrost i nader silna budowa rodziców, — dość późny wiek rodzącej (wieloródki) i przenoszenie. Równocześnie z tym przypadkiem zebrane są pokrótce najwyższe wagi noworodków, jakie obserwowano w Niemczech, a w statystyce tej na pierwszem miejscu jest przypadek Martina, gdzie płód po wymóżdżeniu bez krwi ważył 7470 gramów. *Dr Cetnarowski.*

Schidkowski. **Gruczolak złośliwy** (*adenoma malignum*) **części pochwowej.** (*Mtsch. für Geb. u. Gyn.* T. XXIII. Z. 4). W artykule niniejszym opisany jest dokładnie przebieg kliniczny, zabieg operacyjny i przebieg pooperacyjny jednego przypadku gruczolaka złośliwego wychodzącego z części pochwowej. Co się tyczy wywiadów i obrazu klinicznego, to obraz jest tutaj zupełnie podobny jak przy raku: nieregularne wyniszczające krwawienie, wychudnięcie potęgujące się aż do kachexyi. W przypadku niniejszym, tyczącym się 49-letniej wieloródki, nowotwór zajmował przednią wargę części pochwowej i przechodził na przednią ścianę pochwy. Zabieg wykonany był przez cięcie brzuszne. co okazało się zbawiennem, gdyż mimo, iż nie można było stwierdzić klinicznie zajęcia tkanki omawianej, podczas operacyi pokazało się, iż nowotwór przechodzi na lewe parametrium. Na podstawie całego szeregu obrazów histologicznych, porównując własne z obrazami w innych nielicznych przypadkach, stara się Schidkowski wyjaśnić sporną kwestyę powstania charakteru i samoistnego stanowiska tegoż nowotworu. Według niego nowotwór ten wbrew twierdzeniu Rugego, Kaufmanna nie jest rakiem, gdyż nigdzie nie udałomu się stwierdzić pod drobnowidem utkania siatkowego. Co się tyczy etiologii, to najprawdopodobniej te same stosunki somatyczne odgrywają rolę co i przy powstawaniu raka szyi lub części pochwowej. *Dr Cetnarowski.*

Prof. Edebohls G. M. **Nowy, przez zdjęcie torebki nerkowej wyleczony przypadek drgawek porodowych w połogu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 25). Jest to trzeci przypadek leczony przez autora tym sposobem. U 20-letniej, przedtem zdrowej pierwiastki wystąpiły, w 23 godzin po czasowym, prawidłowym porodzie, ślepota, bóle głowy i drgawki porodowe. Mocz odprowadzony cewnikiem (z 26 godzin) zawierał $1^1/_2$:500 białka, a pod drobnowidem obfitość najróżnorodniejszych wałeczków, ciałka krwi i komórki nerkowe. W dalszym ciągu wystąpiły bezwiedne oddania stolca i ciężki zapad. Tęt. 110., ciepłota lekko podwyższona. W 30 godzin po porodzie (po 7 napadach) wykonał E. zdjęcie torebek nerkowych. Nerki miernie powiększone, torebki zgrubiałe, miąższ nerkowy przyćmiony, obrzękły, przekrwiony. Zabieg trwał 26 minut. W ciągu 8 godzin po operacyi 2 napady, przez dobę jeszcze stan ciężki, po 24 godzinach wróciła przytomność. Poprawa następowała szybko, a 23 dnia po operacyi opuściła chora zakład. W 9 dni po operacyi znikło białko w moczu, jakoteż wałeczki. (Po daniu tej pracy do druku ogłosili Chambrelent i Pousson 4 przypadek, wyleczony tą metodą). *B. Wojciechowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Do ograniczenia korzystania z bezpłatnych ambulatoryów zmierza regulamin szpitalny ułożony przez namiestnictwo dolnoaustryackie, a do potwierdzenia ministerstwu spraw wewnętrznych przedłożony. Nowy regulamin, który dawniejsze »zasadnicze postanowienia« uzupełnia, zawiera przedewszystkiem prze-

pisy normujące w przyszłości korzystanie z ambulatoryów. Bezwzględnie potrzebna pomoc lekarska nie może być odmówiona. Chory powinien przedłożyć albo legalne świadectwo ubóstwa, albo potwierdzenie przez radcę ubogich. Świadectwo to względnie potwierdzenie należy choremu odebrać a dać mu za nie »kartę ambulatoryjną« (Ambulatoriumskarte). Wyjątkowo należy poniechać żądania dowodów niezamożności, a mianowicie jeżeli w pewnym przypadku musi się stosować nowe sposoby leczenia i to takie sposoby, jakimi dotąd nie rozporządzają prywatne ordynacye (radium etc.), dalej jeżeli chodzi o ambulatoryjne doleczanie chorych, którzy się leczyli w tych samych zakładach na trzeciej klasie, wreszcie jeśli chodzi o nadzwyczajne długotrwałe leczenie ambulatoryjne, które wymaga specyalnych wiadomości. Wtedy jednak należy w każdym poszczególnym przypadku uzyskać na to zezwolenie dyrekcyi szpitalnej. Chorzy, podlegający obowiązkowi ubezpieczenia, są na ogół wykluczeni od leczenia ambulatoryjnego, chyba że przyniosą od lekarza kasowego pismo z odpowiedniem uzasadnieniem. Poszczególne punkty regulaminu tyczą się obowiązku chorych przestrzegania czystości, niepalenia tytoniu, nie plucia po podłogach i innych spraw porządku domowego. Osoby, które ruch ambulatoryjny uszkadzają przez nadużycia, mogą być wydalane z ambulatoryum. Chorzy mają być w przyszłości załatwiani ściśle wedle porządku, jak się zjawiali, z wyjątkiem nagłych przypadków. Leków, opatrunków ani narznędzi chirurg. nie wolno chorym dawać do domu, wolno ich używać tylko na ambulatoryum. Wykluczeni od leczenia ambulatoryjnego są chorzy zakaźni albo dotknięci chorobami o których należy władzy donieść. Świadectw lekarskich wystawiać nie wolno. Dalsze paragrafy zawierają przepisy dla lekarzy ambulatoryjnych w sprawie odkażania i prowadzenia protokołu. Nowym jest przepis obowiązujący lekarzy do donoszenia o przypadkach podejrzanych zbrodni i karygodnych skaleczeń. Dalej wydano przepisy obowiązujące na przypadek wydarzenia się zejścia śmiertelnego w ambulatoryum. Przy każdem zjawieniu się w ambulatoryum ma chory mieć z sobą kartę ambulatoryjną. *E. S.*

Opór bierny lekarzy dolno-austr. Namiestnictwo zwróciło się do przewodniczącego ogólnej organizacyi lekarzy praktykujących w Austryi dolnej Dra Janeczka z pismem, w którem mu donosi, że wydział krajowy cały materyał złożony w aktach, a ubezpieczenia na starość lekarzy gminnych oraz ubezpieczenia wdów i sierot się tyczy nadesłał namiestnictwu. Materyał ten namiestnictwo oddało ministerstwu spraw wewnętrznych dla zbadania przez departament ubezpieczeniowo-techniczny. Co się tyczy zwołania komisyi dla opracowania nowej ustawy sanitarnej gminnej, której sobie w swoim czasie lekarze życzyli, jest wydział krajowy tego zdania, że wpierw należy czekać na wynik obliczeń ubezpieczeniowo-technicznych. Jeśli wynik tych obliczeń będzie dla lekarzy korzystny, dopiero wtedy rozważy wydział krajowy, czy można będzie pomyśleć o zwołaniu wspomnianej komisyi, czy też raczej będzie należało poczekać na uchwałę sejmu. Wobec tego, że sprawa jest w pierwszym rzędzie natury finansowej, nie może wydział krajowy mimo najlepszej woli załatwić jej w własnym zakresie działania, jak długo sejm nie przyzwoli na potrzebne środki. Aby jednak mimo to umożliwić narady komisyjne w sprawie ustawy sanitarnej, zwróciło się namiestnictwo jeszcze raz do wydziału krajowego z wnioskiem, by z narad wykluczyć tymczasem sprawy natury finansowej aż do czasu, kiedy departament ubespieczeniowo-techniczny w ministerstwie wew. ukończy obliczenia swoje, a tymczasem zająć się przynajmniej innemi sprawami odnoszącemi się do krajowej ustawy sanitarnej i to w tym celu, żeby wynik tych narad mógł służyć sejmowi jako podmiot do ewentualnych narad. *E. S.*

Ministerstwo obrony krajowej zamierza przyjąć większą ilość kandydatów na lekarzy wojskowych w czynnej służbie, przyczem n i e r e f l e k t u j e jedynie na specyalistów, tylko przyjmie także lekarzy bez dłuższej praktyki szpitalnej.

Jako beneficya będą udzielone:

1) Zwrot kosztów na studya w kwocie 6.000 koron,

2) Udzielenie korzystniejszej rangi,

3) Przydzielenie w pierwszych dwóch latach służby do W i e d n i a.

Uprasza się kandydatów w celach bliższych informacyj zwrócić się do referenta sanitarnego Komendy obrony krajowej, ulica Pawia, I. 3, parter na prawo, albo do tegoż zastępcy, szefowego lekarza 46. dywizyi ulica Pawia, l. 3, II piętro, drzwi nr. 50 każdego dnia od 9 do 1. *R.*

Związek państwowy lekarzy austryackich wystąpił na ostatniem posiedzeniu z żądaniem zniesienia przymusowych zgłoszeń chorób i wszelkich przymusowych czynności dla państwa ze strony lekarzy, wychodząc z założenia, że lekarze nie są zobowiązani do żadnych bezpłatnych świadczeń wobec państwa, które obecnie nałożyło na lekarzy wszelkie ciężary tak podatkowe jak i wojskowe, od czego przed laty byli wolni. *K.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 5/VIII a 11/VIII br. urodziło się dzieci żywo 36, nieżywo 6; zmarło osób 47 (obcych 19); z tego z gruźlicy 13 (3), zapalenia płuc 3 (3), błonicy — (—), krztuśca 1 (—), ospy — (—), płonicy 3 (2), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (1), czerwonki — (—), cholery niemowląt 2 (—), innych chorób zakaźnych — (—), śmierci gwałtownej 1 (1).

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 29/VII do 4/VIII b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 2 (2), krztuśca 3 (—), ospy — (—), płonicy 4 (—), odry 9 (—), duru wysypkowego — (—), duru brzusznego 1 (2), czerwonki — (—), epidemicznego zapalenia opon mózgowych — (—).

Wiadomości bieżące.

Z różnych stron. Zakład zdrojowy w Krynicy otrzymał na powszechnej wystawie higienicznej w Wiedniu dyplom na złoty medal dla postępu.

Liczba studentów medycyny we Francyi spadła w ostatniem dziesięcioleciu (1886—1906) o 1044 z powodu utrudnienia dostępu obcokrajowcom, których ilość zmniejszyła się o 46.8%.

Największa biblioteka dzieł lekarskich znajduje się w Waszyngtonie, liczy ona obecnie 193.000 tomów i 276.000 broszur. Założycielem jej był Dr. Billings. Katalog obecnie wydany składa się z 27 tomów i stanowi dokładną bibliografię literatury lekarskiej, reprezentowanej w 21 językach.

Między 4 a 10 września odbędzie się w Genewie drugi zjazd higieny mieszkań.

W Darmstadzie otwarto w 28 lipca b. r. muzeum poświęcone gruźlicy.

Mianowani: Dr D e n u c é profesorem chorób dzieci w Bordeaux. Dr A l b a r r a n profesorem kliniki dróg moczowych po Guyonie w Paryżu. Tamże Dr T h o i n o t profesorem medycyny sądowej Dr C e s t a n profesorem chirurgii w Tuluzie.

Powołani: Prof. Dr B e n h ö f f e n z Wrocławia na katedrę psychiatrii do Tübingi.

Zmarli: W Warszawie L e o n F e i n s t e i n ordynator oddziału ocznego w szpitalu żydowskim i współwłaściciel „Medycyny".

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr 31. K o r y b u t D a s z k i e w i c z (dok.). H a l p e r n (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr 30. K i j e w s k i (c. d.). S e r k o w s k i i M a y b a u m (c. d.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 32. K r z y s z k o w s k i: Leczenie róży jothionem i chininą. C z y ż e w i c z: (c. d.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 8. W ą s o w i c z: Najistotniejsze potrzeby i braki zdrojowisk i uzdrojowisk krajowych ze stanowiska lekarskiego. D o l e ż a n: Wisła.

— *Postęp okulistyczny* (czerwiec, lipiec 1906). Ł u n i e w s k i: Zranienie rogówki żądłem pszczoły. W i c h e r k i e w i c z: Obrażenie rogówki piorunem i kilka uwag nad leczeniem powierzchownych obrażeń rogówkowych.

— *Časopis lekařův českých* Nr 32. E l g a r t: Amputatio humeri osteoplatica et antibrachii tenoplastica. Z a h r a d n i c k y: (c. d.). H a m z a: (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 29. J a k o w s k i: Próbka klassyfikacyi lekarskich zabiegów przy leczeniu wewnętrznych chorób. O r ł o w: Przyczynek do kazuistyki zapalenia i ropienia torbielaków w okresie popo-

rodowym z ich następstwami. Opokiu: O bakteryologii ropni pozagardłowych. Alotokratof: Guz zajmujący lewe przednie ciałko czworacze, tylną część torebki wewnętrznej i jądra soczewkowatego. Michajłow: Leczenie chirurgiczne w chorobach moczopłciowych. Lewi: Sposoby umocowania świeczki Le Forte'a.

— *La Presse médicale* Nr 61. Létienne: O starości.

— *La Presse médicale* Nr 62. Iscoresco: Obecność istot koloidowych w wodach studzien paryskich i w wodach mineralnych. Dominici: Rad, jego działanie fizyologiczne i lecznicze. Leroux: Krzywa szyja pochodzenia usznego.

— *La Presse médicale* Nr 63. Daireaux: Leczenie zapalenia płuc odoskrzelowego przez wywoływanie sztuczne ropni. Leren i Barret: Radioskopia żołądka. Żołądek osesków, jego kształt, dolna granica, napełnianie się i opróżnianie.

— *La Semeine medicale* Nr 32. Sprawozdanie ze zjazdu francuskich psychiatrów i neurologów.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 32. Nobl: O odporności na wprowadzenie podskórne szczepionki. Fürntratt: Bakteryologia tyfusu i jej znaczenie przy zwalczaniu tyfusu. Biach: O przeroście naskórka pod wpływem arsenu. Oppenheim: Obecny stan leczenia kiły.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 32. Hildebrand: O obustronnem wyjęciu szczęk górnych. Landau: Przypadek ciąży zamacicznej późnej z płodem żyjącym. Hirschfeld: Dalszy przyczynek do zmian szpikowych. Zondeck: Przypadek zatoki żylnej w okolicy lewej ślinianki przyusznej. Kast: (c. d.). Eckstein: (dok.). Posner: Moczenie mimowolne moczowodowe.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 32. Opitz: O postępach w nauce położnictwa. Blumenthal: O zatruciu lyzolem. Pfister: Kilka rzadszych powikłań duru brzusznego. Karrenstein: Czy zapalenie kiszki ślepej jest częstsze u mężczyzn, czy też u kobiet. Moll: Dalsze doniesienia o użyciu zalkalizowanej maślanki jako odżywki dla osesków i o preparatach otrzymywanych z maślanki. Ritter: Nowy sposób wytwarzania przedniej ściany zatoki czołowej przy doszczętnych operacyach ropni w tych zatokach. Goldberg: Wskazanie do doszczytnych operacyi przy chorobach stercza.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 32. Bennecke: O naczyniastych ziarniakach. Neumann: Badania nad wpływem protyliny na wydzielanie fosforu u człowieka. Neck: O ostrem rozszerzeniu żołądka i tak zwanej naczyniowo-kreskowej niedrożności jelita. Riebold: Leczenie ostrego zapalenia stawów zapomocą śródżylnych wstrzykiwań kollargoliny. Lehrer: Leczenie przykurczeń histerycznych w kończynach dolnych zapomocą znieczulenia lędźwiowego. Fischer: Nerwice serca, a choroba Basedowa. Aronheim: Przypadek choroby Basedowa bez wytrzeszczu leczony antitryroidyną Moebiusa. Leuren: Przyczynek do leczenia choroby Basedowa antityroidyną Moebiusa. Durlacher: Przyczynek do guzów podskórnych na palcach. Klein: Cztery przypadki torbieli nabłonkowych. Lemierre: O zachowaniu się prątków tyfusowych we krwi chorych na tyfus wobec działania bakteryobójczego krwi. Muck: Prosty i praktyczny przyrząd do zastosowania według Biera. Stubenrauch: O zaopatrywaniu szypuł przy operacyach ginekologicznych. Wille: (dok.).

Redakcya otrzymała: Kucharzewski: Badanie doświadczalne nad wpływem surowic leczniczych i normalnej końskiej na krew.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. Dr Stanisław Dobrowolski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Probilinowe pigułki (zawierające po 0·1 kw. salicyl i oliwianu sodowego z phenolphtaleiną i mentolem) poleca Dr. E. Brings („Mediz. Blätter" Nr 25, 26) przy chorobach narządu żółciowego. Pigułki działają żółciopędnie, znieczulająco i odkażająco, względnie rozpuszczają kamienie żółciowe, nadto mentol i phenolphtaleina pobudzają czynność jelit. W ostrym napadzie choroby podaje się do 20 pigułek dziennie, w przewlekłych przypadkach wystarcza podać 3—5 pigułek 2 razy dziennie, w ciężkiej kolce wątrobowej z powiększeniem pęcherzyka żółciowego podawał B. 3 razy dziennie po 4 pigułki, a po ustąpieniu objawów gwałtownych 3 razy po dwie pigułki przez 4 tygodnie, a po miesięcznej przerwie powtarzał kuracyę. Po tem leczeniu napady albo ustępowały, albo stawały się znacznie łagodniejsze. W żółtaczce nieżytowej stwierdził B. również dobre działanie probiliny, podając 3 razy dziennie po pigułce. Wreszcie poleca B. probilinę w dolegliwościach żołądkowych, kurczach i niestrawności na tle kamicy żółciowej wogóle. Preparat wyrabia Goedecke i Sp. w Lipsku. *Ztr.*

Visvit, nowy środek odżywczy opisuje Dr J. Maas (z I. kliniki lekarskiej uniw. berlińskiego, dyrektor prof. Leyden; „Medizinische klinik" 1906, Nr 28). Jestto wysokoprocentowy przetwór białka zwierzęco-roślinnego, łatwo ulegające asymilacyi połączenie hemoglobiny, lecytyny, soli wapienno-magnezyowej i kwasu nukleoacidfosforowego, wyrabiany przez firmę Dr Horowitz, Chem. Institut, Berlin. Smak nietylko nie jest wstrętny, lecz nawet pobudza apetyt. Skład chemiczny:

Substancyi azotowych 80,14% (z tego 1,85% białka hemoglobinowego), tłuszczu wyciągniętego eterem 3,26% (z tego lecytyny 0,24%), węglowodanów 15,26%, soli 1, 34%.

Skład ten wskazuje, iż visvit nadaje się nietylko tam, gdzie chodzi o nagromadzenie tłuszczu, lecz gdzie zależy na ogólnem podniesieniu sił organizmu. Z szeregu chorych leczonych visvitem w klinice zasługują na szczególną wzmiankę 3 chorych gruźliczych, którzy nietylko chętnie lek ten zażywali, lecz podnosili, iż mają w czasie leczenia znacznie lepszy apetyt, że się czują silniejsi i rzeźwiejsi, a po odstawieniu leku żądają go ponownie. Przedmiotowo stwierdzono u nich: 1) wzrost ilości hmg. w 1 tygodniu o 5%; 2) znaczny wzrost liczby krwinek czerwonych, n. p. z 3,600000 na 5,200000; 3) przybytek wagi od 1 do 3 funtów na tydzień; 4) badanie przemiany materyi wykazuje wyraźne zatrzymywanie N. i P., jako wynik dobrej asymilacyi białka.

Doświadczenia kliniki Leydena, każą uważać visvit za środek odpowiedni przy stanach osłabienia, u ozdrowieńców i przy podupadłym apetycie.

Przeciętnie podaje się 3—5 razy dziennie po 1—2 łyżeczek. *Hr.*

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych.

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny: Kraków, Grodzka 48, Lwów, Sykstuska 31.

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Woda Krościeńska ze zdroju Stefana

o bardzo korzystnym składzie chemicznym i nader miłym smaku, poleca się jako woda krajowa opiece i pamięci P. T. lekarzy polskich.

Zamówienia przyjmuje także Zarząd Zdrojowy w Krościenku nad Dunajcem.

HUNYADI JÁNOS

GORZKA WODA NATURALNA

NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY

ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

Xeroform Najlepiej zastępuje jodoform. Przy użyciu niemal bezwonny, niedrażniący, niewywołujący wyprysku, zupełnie nietrujący, daje się wyjałowić przez proste ogrzanie. Znakomicie wysusza i zmniejsza wydzielanie, tamuje krwawienie i koi bole. **Najszybciej** wywołuje **pokrywanie się ran naskórkiem.** Odwania nawet posokowate wydzieliny i uderzająco rychło zmniejsza ropienie. Nadaje się wybornie do opatrunków **stałych** i **suchych.** Opatrunek nigdy się do rany nie przykleja. **Lek swoisty** w **wypryskach sączących, otręcie, wrzodzie goleni, oparzeniach.**

Salit Płynny związek salicylu. Tanie, szybko uśmierzające ból **wcieranie** we wszelakich cierpieniach **gośćcowych** (rozcieńczony oliwą). Z zewnętrznych leków salicylowych **najmniej drażni** skórę, bo nie zawiera formaldehydu. Nie działa ubocznie na serce i nerki. Szczególnie skuteczny we wszelakich **bolach gośćcowych po zaziębieniu** (postrzał lędźwiowy i t. d.), w **zapaleniach gośćcowych mięśni i ścięgien.**

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 d

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie

przez dzieci i kobiety.

Odznaczone kilkakrotnie. — Przeszło 4000 orzeczeń lekarskich. — Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki. 21

J. Serravallo * Triest-Barcola.

Pierwsza czeska fabryka przetworów higienicznych i leczniczych

M. U. Dr. Stan. Rejthárek, Králové Méstec, Czechy.

Kreozotyna. Najprzyjemniejszy ze wszystkich nowoczesnych przetworów gwajakolowych i kreozotowych Wskazania: zapalenie płuc i gruźlica.

Respiryna. Nowe sedativum. Wskazania: we wszystkich nieżytowych zapaleniach gardła, płuc i narządów głosowych. Wyśmienita w praktyce dziecięcej w **krztuścu.**

Lipanol zastępuje obecnie najlepiej tran.

MALTO, słodowy składnik kąpieli dla dzieci wątłych i krzywiczych
MALTO FERRYNA, przetwór żelazisty w proszku i kołaczykach (trochoidach).
MALTO PEPSYNA, skuteczna w chorobach żołądka.

„TROCHOID" (Nazwa prawnie zastrzeżona).
ANTIRHEUMATICAE. Kołaczyki z aspiryną i salicylanem sodowym.
ANTIPYRINI. Koł. z czysta antypir.
BROMATAE COMPOS. Kołaczyki z bromkiem amonu, sodu i potasu.
DENTAL, kołaczyki do szybkiego przygotowania przeciwgnilnej wody do ust.
„MODNA NOWOŚĆ"

Główny skład dla Galicyi:
Kraków: Konst. Wiszniewski, aptekarz, ul. Floryańska. 180
Lwów: Piotr Mikolasch i Sp., aptekarz, Pasaż Mikolascha

Najsmaczniejsze i dlatego najlepsze nowoczesne przetwory hemoglob. są

Perdynamin
i Lecithin-Perdynamin

Dawka 2 razy dziennie 1—2 łyżek, czysto lub z wodą, mlekiem lub winem.

Wskazania: błednica, niedokrewność, białaczka, suchoty, ozdrowienie, cierpienia nerwowe.

Cena 1 flaszki perdynamin K. 3·50.
Cena 1 flaszki — Lecithin-perdynamin K. 5·50.

Fabrykant 68

H. BARKOWSKI, Berlin, O. 27, Alexanderstrasse 22.

Zastępca na Austro-Węgry:

Mr. Camillo Raupenstrauch, emeryt. aptekarz, Wiedeń II/1, Castellergasse 25.

Perdynamin i Lecithin-Perdynamin są idealnymi środkami nowoczesnymi pobudzającymi odżywienie z powodu ich rzeczywistej wartości, dobrego smaku i znakomitego działania.

STANISŁAW GURGUL

CES. I KRÓL. DOSTAWCA DWORU
w JAROSŁAWIU

POLECA WŁASNEGO WYROBU — POLECA WŁASNEGO WYROBU

MĄCZKĘ ODŻYWCZĄ DLA DZIECI.

WYCIĄG ZE SPRAWOZDANIA Doc. Dra IGNACEGO LEMBERGERA: 166

Mączka ta ulega łatwo i prawie całkowicie strawieniu, jak to wykazała próba trawienia sztucznego, przy której 93·36% uległo strawieniu. — Mączka ta wyszczególnia się nadto tem, że zawiera wielką ilość istot, ulegających strawieniu w żołądku dzieci nawet w tym wieku, kiedy zdolność trawienia istot skrobiowatych u tychże jest jeszcze minimalną. Ilość bowiem istot skrobiowatych w mączce badanej wynosi tylko 34·585%, gdy 56·61% istot nie licząc wody i soli mineralnych, przypadających na istoty białkowate, tłuszcze i cukry, ulegną wchłonieniu nawet u niemowląt w pierwszym okresie ich życia. Pod tym też względem przewyższa mączka dla dzieci ST. GURGULA podobny przetwór zagraniczny, a mianowicie mączkę KUFEKA.

Kraków, 28 maja 1905. Doc. Dr. IGNACY LEMBERGER.

Biszkopty, chleb, wszelkie pieczywa dla diabetyków.

Wynik analizy w porównaniu z wszystkiemi znanemi zagr. przetworami mączki dla dzieci, wysyła się na życzenie odwrotnie.

„HYGEA“ CHEM.-FARM. LABORATORYUM M. ZAHRADNIK, APTEKARZ, ZŁOCZÓW.

Kapsułki lecznicze „HYGEA“

uznane przez Tow. lekarskie krakowskie za najlepsze i najtańsze w pudełkach oryginalnych po 50 i 100 szt., oznaczonych stałemi cenami, napełniane: bals. kopaiwowym, kreosotalem („Heyden“), duotalem („Heyden“), kreosotem, gonorolem, gwajakolem, bromkiem kamfory, ichtyolem, libanolem, mentolem, morrhuolem, olejem rycynowym, olejkiem santałowym, terpentynowym, terpinolem, tranem, wyciągiem paproci, granatu i szaruchą i w. innymi lekami.

UWAGA: Aby uniknąć droższych, o wątpliwej jakości i dawce wyrobów, upraszam dodawać na receptach: „fabr. ZAHRADNIK in scat. orig“.

Dziurkowane pastylki sublimatowe „ZAHRADNIK“.

Zaletą dziurkowanych pastylek jest: **bardzo łatwa rozpuszczalność, dokładność dawek i taniość.**

Powtórne orzeczenie komisyi przemysłowo-lekarskiej. „Stwierdzono, że pastylki dziurkowane ze sublimatem M. ZAHRADNIKA, wyrób pod każdym względem znakomity, znaleźć powinny powszechne zastosowanie w praktyce chirurgicznej i położniczej“.

Proszę przepisywać i żądać tylko: 152

Pastilli Sublimati perforati „ZAHRADNIK“.

Piśmiennictwo i próbki na żądanie.

Praktyka lekarsko-dentystyczna 215

ze stałym dochodem i z inwentarzem tanio do nabycia. Zgłoszenia pod „Doctor-dentysta“ do Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“.

172 APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ“

PIOTRA MIKOLASCHA we LWOWIE

wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy

i

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie.

O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2·00 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca: ustalonej sławy WINA LECZNICZE przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy.

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajowych i zagranicznych.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu.

Polecany jako środek lekko strawny, popudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej. 159

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr Gudego w Lipsku.

Dwie flaszki wysyłam franco. Dwie flaszki wysyłam franco.

(Preparat ten wydaje się jedynie na przepis lekarza).

„KRONIKA DENTYSTYCZNA“

Miesięcznik, poświęcony wszystkim gałęziom dentystyki, chorobom jamy ustnej, oraz sprawom zawodowym, wychodzi od lipca r. b.

pod redakcyą 109

Lekarza-dentysty M. KRAKOWSKIEGO.

„Kronika dentystyczna“ wychodzi w początku każdego miesiąca w zeszytach dużego formatu książkowego i zawiera: prace oryginalne, dział sprawozdawczy, spostrzeżenia kliniczne, wiadomości pomniejsze, nowe leki i notatki lecznicze, nową literaturę, kronikę i sprawy zawodowe, listy do redakcyi i t. d. Przedpłata wynosi w Warszawie rocznie 6 rs. (z odnoszeniem), w Cesarstwie i zagranicą 6 rs. 50 k. Prenumerować można i półrocznie.

Redakcya i Administracya: Warszawa, Długa 47.

Na żądanie wysyłamy numer okazowy.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radey dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mraczeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin“
Budapeszt, VI, Waitzner Boulevard 17.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Cena w Austryi 20 koron, przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8,50. z przesyłką pocztową Rbs. 9. 105
Do nabycia w Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“ Kraków, w Towarzystwie lekarskiem w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

Otwarta prenumerata na
„ХАРЬКОВСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ“
(Gazetę Lekarską Charkowską) wydawaną od stycznia 1906 roku przez Charkowskie Towarzystwo lekarskie. Raz na miesiąc zeszyt od 4—5 arkuszy druku, w lecie (od maja do września) raz na 2 miesiące. — Honoraryum autorskie 30 rub. za arkusz druku.
Prenumerata roczna z przesyłką i doręczeniem 6 rub.
Adres: Харьковъ, Пушкинская 14.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6 k.— półrocznie „ 3 „—
MEDYCYNA
Z przes. poczt. i zagranicą: rocznie rb. 7 k— półrocznie„ 3 „50

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYKÓW

wychodzi w Warszawie co sobotę w zwiększonym formacie i obejmuje: 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny hygieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi z pism zagranicznych. 6) Wykłady kliniczne. 7) Sprawozdania z kongresów naukowych. 8) Krytykę i bibliografię. 9) Kwestye zawodowe. 10) Drobniejsze wiadomości. 11) Nekrologi. 12) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 13) Wzmianki o dziełach nadesłanych do redakcyi. 14) Odpowiedzi od redakcyi. 15) Ogłoszenia i t. d.

Wydawca Redaktor 103
Dr. GURANOWSKI (Jasna 6). Dr. med. SADOWSKI (Krak.-Przedm. Nr. 7.

Dr. OTTONA GUGGENBERG'A
ZAKŁAD WODOLECZNICZY
BRIXEN a. d. Eisack (Tyrol południowy).

Otwarty przez **cały rok. Łagodne zimy. Sezon wiosenny i jesienny szczególnie korzystny. Leczenie wodą, elektrycznością, miesienie, gimnastyka lecznicza, kąpiele świetlne i słoneczne, leczenie dyetetyczne i terenowe.** 22

Prospekty rozsyła Dyrekcya Zakładu.

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
VICHY
Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przspisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.
VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organow żółć wydzielających.
VICHY-HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.
PASTILLES VICHY-ETAT Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.
COMPRIMÉS VICHY-ETAT Wydające wjednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.